MINISTERUL SĂNĂTĂȚII
COMISIA DE PNEUMOFTIZIOLOGIE

CONTROLUL TUBERCULOZEI LA NIVELUL CIRCUMSCRIPȚIEI MEDICALE

CURS DE INSTRUIRE

PENTRU

MEDICII GENERALIȘTI

PROGRAMUL NAȚIONAL DE CONTROL AL TUBERCULOZEI

Scanned with OKEN Scanner

MINISTERUL SĂNĂTĂŢII
COMISIA DE PNEUMOFTIZIOLOGIE

CONTROLUL TUBERCULOZEI LA NIVELUL CIRCUMSCRIPŢIEI MEDICALE

CURS DE INSTRUIRE PENTRU MEDICII GENERALIŞTI

PROGRAMUL NAŢIONAL DE CONTROL AL TUBERCULOZEI

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE

AMPLOAREA PROBLEMEI TUBERCULOZEI

Tuberculoza este o boală infecţioasă cauzată de către o specie dintre micobacteriile "***complexului tuberculosis***". Se estimează că anual mor 3 milioane de indivizi de TBC - majoritatea acestora în ţările în curs de dezvoltare. Incidenţa anuală a cazurilor noi - pentru toate localizările tuberculozei (pulmonară şi extrapulmonară), în întreaga lume - este estimată la aproximativ 8 milioane, din care circa *95%* survin în ţările în curs de dezvoltare. Majoritatea cazurilor de tuberculoză din ţările în curs de dezvoltare rămân nedepistate, iar dintre cazurile microscopic-pozitive mai puţin de jumătate dintre pacienţi rămân nevindecaţi. În consecinţă, prevalenţa estimată (numărul total al cazurilor de tuberculoză la un moment dat) în întreaga lume este de 16-20 milioane, din care între 8 şi 10 milioane sunt microscopic-pozitive şi cu mare infecţiozitate.

Numărul persoanelor infectate cu bacilul tuberculozei este 1,7 miliarde. 1,3 miliarde din aceste persoane se află în ţările în curs de dezvoltare.

Cea mai mare povară a incidenţei şi mortalităţii prin tuberculoză în ţările în curs de dezvoltare este concentrată printre adulţii între 15 şi 60 ani. Aceştia sunt părinţi, muncitori şi conducători ai societăţii.

În timp ce în ţările dezvoltate a existat o scădere impresionantă a numărului cazurilor de tuberculoză în ultimii patruzeci de ani, în ţările în curs de dezvoltare a existat o creştere a numărului cazurilor de tuberculoză. Aceasta se datorează omisiunii de la tratament a unei mari proporţii de cazuri cu microscopie pozitivă. În multe dintre ţările în curs de dezvoltare, motivele ineficienţei programului sunt următoarele:

- ◆ Proporţia scăzută a cazurilor vindecate (30 până la *50%*).
  - În decursul unui an, fiecare pacient (microscopic-pozitiv) nevindecat infectează aproximativ zece persoane. Întrucât pacienţii nevindecaţi supravieţuiesc mai mult decât atât, aceştia cresc totalitatea surselor de infecţie şi mai mulţi indivizi sunt îmbolnăviţi de tuberculoză.
  - Mulţi dintre pacienţii nevindecaţi au dezvoltat rezistenţă la drogurile pe care le-au luat, în particular la izoniazidă sau izoniazidă şi streptomicină. Când aceşti pacienţi nevindecaţi infectează alte persoane, acestea vor fi infectate cu bacili rezistenţi.
- ◆ Numai *50%* dintre pacienţii trataţi cu un regim terapeutic de 12 luni se negativează pe parcursul primelor 2 luni de tratament, cu condiţia ca chimioterapia să fie îndeaproape supravegheată.

- Mulţi pacienţi care nu au o supraveghere strictă a tratamentului îşi întrerup tratamentul după 2 luni pentru că "*se simt mai bine*". Aceştia devin, cu mare probabilitate, eşecuri terapeutice (microscopic-pozitive). În cadrul acestui curs, veţi învăţa cum să preveniţi apariţia eşecurilor, prin îmbunătăţirea coordonării pacientului şi a programului.

SCOPUL UNUI PROGRAM NAŢIONAL DE CONTROL AL TUBERCULOZEI

În ţările în curs de dezvoltare, combaterea tuberculozei poate avea succes numai în cadrul unui **Program Naţional de Control al Tuberculozei.** Acest program ar trebui să fie integrat politicii sanitare generale a ţării respective. Scopul primar, sau obiectivul, unui **Program Naţional de Control al Tuberculozei** dintr-o ţară în curs de dezvoltare este **de a obţine o proporţie înaltă de vindecare a bolnavilor noi microscopic-pozitivi.** Proporţia-normă de vindecare este de **cel puţin** *85%*.

OBIECTIV: VINDECAREA A CEL PUŢIN *85%* DIN CAZURILE NOI MICROSCOPIC-POZITIVE

Pentru a realiza vindecarea a cel puţin *85%* din cazurile noi microscopic-pozitive, un **Program Naţional de Control al Tuberculozei** trebuie:

(1) *Să introducă chimioterapia de scurtă durată în locul chimioterapiei de 12 luni pentru cazurile noi microscopic-pozitive.*

Regimul de 12 luni (12 luni cu izoniazidă şi thioacetazonă, incluzând 2 luni de streptomicină) a dat rezultate bune, dar numai cu condiţia ca administrarea drogurilor să se facă strict supravegheat, ca de exemplu în cursul unei

Scanned with OKEN Scanner

spitalizări prelungite. Totuşi, în ţările în curs de dezvoltare, nu există o infrastructură capabilă să asigure supravegherea tratamentului pentru o perioadă îndelungată.

Chimioterapia de scurtă durată este mai eficientă (din punct de vedere cost/beneficiu) decât chimioterapia de 12 luni. Prin chimioterapia de scurtă durată este mai uşor:

- să se prevină chimiorezistenţa, mai ales prin folosirea tabletelor combinate (izoniazidă/rifampicină),
- să se menţină pacienţii pe regimul prescris,
- să reducă numărul pacienţilor aflaţi în tratament.

(2) *Să asigure ca aproape 100% din cazurile noi microscopic-pozitive să urmeze cu stricteţe tratamentul pe perioada fazei de atac (de obicei 2 luni).*

Dacă *100%* din cazurile noi microscopic-pozitive urmează cu stricteţe regimurile prescrise,numărul de bacili din leziunile bolnavului va scădea şi chimiorezistenţa va fi evitată.

Peste *80%* din bolnavi se vor negativa în microscopie în cursul primelor 2 luni de tratament. Restul bolnavilor se vor negativa până la 3 luni.

(3) *Să îmbunătăţească coordonarea regimului de tratament.*

Câteva componente-cheie pentru **îmbunătăţirea coordonării regimului:**

- personal bine pregătit şi motivat
- aprovizionarea ritmică cu tuberculostatice a centrelor de tratament
- analiza rezultatelor tratamentului la toţi bolnavii microscopic-pozitivi la nivelul centrului de tratament în scopul (1) de a ajuta personalul sanitar să vadă cât de bine sau prost implementează activităţile legate de tratament şi (2) de a ajuta **Programul Naţional de Control al Tuberculozei** în a identifica zonele care necesită atenţie.

Un alt obiectiv al **Programului Nanţional de Control al Tuberculozei** în ţările în curs de dezvoltare este de a extinde aria de depistare a cazurilor şi de a diagnostica mai multe cazuri în stadii mai precoce şi mai puţin contagioase. Extinderea ariei de depistare trebuie realizată numai dacă pentru cazurile deja depistate proporţia de vindecări este mare. Atunci când se întâmplă astfel, unităţile sanitare vor atrage mai mulţi bolnavi, datorită rezultatelor bune obţinute la bolnavii deja trataţi.

Extinderea depistării poate fi realizată prin utilizarea integrală a serviciilor medicale disponibile, cel puţin la nivelul spitalului districtual. Obiectivul este de **a depista *70%* din cazurile microscopic -pozitive existente în ţările cu o structură rezonabil de bună a serviciilor de sănătate.**

Reţineţi: Îmbunătăţiţi proporţia vindecărilor înainte de a extinde depistarea

STRUCTURA UNUI PROGRAM NAŢIONAL DE CONTROL AL TUBERCULOZEI

Pentru a fi eficace, un **Program Naţional de Control al Tuberculozei** necesită personal de coordonare şi de supraveghere. Un model de program, aşa cum este discutat în cadrul acestui curs, prezintă patru nivele diferite ale personalului: unitatea centrală, nivelul judeţean, nivelul de dispensar de pneumoftiziologie şi unităţile sanitare. Organizarea unui **Program Naţional de Control al Tuberculozei** poate varia, în anumită măsură, de la o ţară la alta.

Unitatea Centrală.

La acest nivel este vorba despre *Ministerul Sănătăţii*, unde o Unitate Centrală de Control al Tuberculozei răspunde de controlul tuberculozei în întreaga ţară. Un director răspunde de întregul **Program de Control al Tuberculozei.**

Principalele responsabilităţi ale nivelului central:

- planificarea, supravegherea, monitorizarea şi evaluarea acţiunilor anti-tuberculoase pe întreaga ţară;
- coordonarea **Programului Naţional de Control al Tuberculozei** la nivelele intermediare şi cu alte departamente ale Ministerului Sănătăţii;
- asigurarea medicamentelor, echipamentelor de laborator şi a documentaţiei necesare pentru întreaga ţară;
- pregătirea personalului implicat în **Programul Naţional de Control al Tuberculozei**.

Nivelul Judeţean

La acest nivel, un *Coordonator Judeţean pentru Tuberculoză* răspunde de îndeplinirea **Programului Naţional** în teritoriul respectiv. Acesta este subordonat din punct de vedere administrativ Directorului Direcţiei Sanitare, iar din punct de vedere tehnic urmează instrucţiunile Unităţii Centrale de Control al Tuberculozei din Ministerul Sănătăţii.

Principalele responsabilităţi ale nivelului regional:

- conlucrarea strânsă cu Unitatea Centrală de Control al Tuberculozei în realizarea sarcinilor menţionate mai sus;
- planificarea, supravegherea, monitorizarea şi evaluarea activităţilor antituberculoase la nivelul regiunii;

Scanned with OKEN Scanner

- asigurarea aprovizionării adecvate cu medicamente, echipament de laborator şi documentaţie necesare la nivelul regiunii;
- organizarea de programe de pregătire la nivelul regiunii, în colaborare cu Unitatea Centrală de Control al Tuberculozei şi cu medicii de la nivelul dispensarului , ca şi asigurarea pregătirii pe sarcini specifice a personalului sanitar de la nivelul judeţului şi al unităţilor din periferie;
- asigurarea ca rapoartele cerute asupra depistării şi asupra rezultatelor tratamentului să fie completate la nivelul fiecărui dispensar şi trimise la coordonatorul judeţean pentru tuberculoză;
- analiza rapoartelor asupra depistării cazurilor şi asupra rezultatelor tratamentului şi trimiterea acestora la Unitatea Centrală de Control al Tuberculozei, în vederea computerizării;
- asigurareaunei colaborări strânse între personalul implicat în depistarea şi tratamentul tuberculozei şi personalul laboratoarelor de microscopie.

Nivelul Dispensarului de Pneumoftiziologie

Este nivelul-cheie pentru coordonarea îngrijirilor primare în domeniul sănătăţii. Acesta este unitatea locală a guvernării şi administraţiei care are posibilităţi de cuprindere şi responsabilităţi. La acest nivel, există medicul dispensarului de pneumoftiziologie care este supravegheat de către Coordonatorul Judeţean pentru Tuberculoză.

Principalele responsabilităţi la nivelul Dispensarului de Pneumoftiziologie

- implementarea **Programului Naţional de Control al Tuberculozei** cu ajutorul personalului medical de la nivelul dispensarului;
- supravegherea şi asigurarea tratamentului corect al tuberculozei la nivelul întregului dispensar, asigurându-se în mod special de următoarele aspecte:
  - la nivelul oricărei unităţi sanitare să fie prescrise regimurile corecte de chimioterapie;
  - pacienţilor să li se administreze medicaţia corectă, sub strictă supraveghere din partea personalului medical, pe perioada fazei de atac a tratamentului;
  - pacienţilor să li se distribuie şi să-şi ia medicaţia în timpul fazei de atac şi a celei de continuare ale tratamentului;
  - regimurile terapeutice să fie prescrise pentru perioada corectă de timp, iar bolnavilor vindecaţi să li se stopeze tratamentul;
  - controlul bK al sputei să fie efectuat la intervalele corecte de timp;
  - bolnavii să fie sfătuiţi individual cu privire la boala lor;
  - bolnavii să fie îndrumaţi la Coordonatorul Judeţean pentru Tuberculoză, sau la altă unitate de trimitere pentru un posibil retratament după eşec al chimioterapiei iniţiale;
  - rezultatele tratamentului bolnavilor să fie ferme şi să fie înregistrate în Registrul Dispensarului de Tuberculoză teritorial.
- ajutarea personalului sanitar în depistare la nivelul tuturor unităţilor sanitare;
- păstrarea unui Registru al Dispensarului de Tuberculoză la zi şi corect;
- vizitarea laboratoarelor de microscopie de la nivelul dispensarului la fiecare 1-2 săptămâni şi a celor din secţiile de pneumoftiziologie la fiecare 4-6 săptămâni;
- completarea rapoartelor trimestriale asupra înregistrării cazurilor noi şi readmise de tuberculoză şi asupra rezultatelor tratamentelor;
- asigurarea că personalul sanitar identifică corect pacienţii suspecţi, recoltează şi transportă corect probele de sputăşi trimit pacienţii pentru diagnostic;
- asigurarea unei aprovizionări periodice cu medicamente, consumabile, recipiente pentru sputăşi lame pentru microscopie, materiale pentru laborator, formulare şi registre pentru nivelul districtului;
- monitorizarea menţinerii Registrului Laboratorului de Tuberculoză şi a documentaţiei legate de examinările microscopice;
- vizitarea tuturor unităţilor sanitare din periferie o dată la fiecare 6-12 săptămâni şi vizitarea spitalelor şi a centrelor de sănătate o dată pe lună.

Unităţile sanitare

La acest nivel sunt incluse *dispensarele de medicină generală, spitalele rurale, spitalele de misiune sau de alt tip, centrele de sănătate* şi *punctele sanitare*.

Principalele responsabilităţi ale unităţilor sanitare:

- trimiterea suspecţilor de tuberculoză sau a probelor de sputăale acestora la laboratoarele de microscopie pentru examinare;
- desfăşurarea activităţilor legate de tratament, incluzând:
- administrarea medicamentelor bolnavilor (de obicei în faza de continuare);
- asigurarea unei educaţii sanitare corecte adresate bolnavilor.

Scanned with OKEN Scanner

- depistarea bolnavilor care nu şi-au ridicat medicamentele după o anumită perioadă de timp;
- păstrarea Fişei de Tratament Antituberculos şi a înscrisurilor, precum şi punerea acestora la dispoziţia medicului dispensarului de pneumoftiziologie când acesta vizitează unitatea sanitară;
- facilitarea urmăririi examenelor de spută;
- depistarea şi investigarea contacţilor;
- încetarea urmăririi bolnavilor care şi-au încheiat regimul terapeutic, în colaborare cu medicul dispensarului de pneumoftiziologie.

OBIECTIVELE ACESTUI CURS DE PREGĂTIRE

Cui se adresează acest curs ?

Pentru a obţine o proporţie de vindecări de *85%* şi o proporţie de depistare de *70%*, un **Program Naţional de Control al Tuberculozei** are nevoie ca fiecare nivel - să-şi îndeplinească sarcinile proprii. Deoarece multe sarcini revin medicului de familie (medicului de circumscripţie) acest curs se adresează *personalului sanitar* de la nivelul circumscripţiei

La sfârşitul acestui curs, participanţii vor fi capabili să îndeplinească următoarele sarcini:

- să completeze, unde este cazul datele din fişa de tratament a bolnavului.
- să asigure administrarea corectă a medicamentelor în timpul fazei de continuare a tratamentului;
- să susţină educaţia sanitară a pacienţilor şi să pregătească personalul sanitar să facă acelaşi lucru;
- să verifice dacă controalele bacteriologice au fost efectuate la intervalele corecte.
- să pregătească personalul sanitar în vederea identificării corecte a suspecţilor de tuberculoză
- să instruiască personalul sanitar în vederea efectuării corecte a recoltării şi transportului probelor de spută şi în vederea trimiterii bolnavilor pentru examinarea sputei;

Definiţia termenilor cu care se operează în controlul tuberculozei

Chimioterapie antituberculoasă adecvată	O combinaţie de mai multe droguri antituberculoase care şi-au demonstrat capacitatea de a omorî micobacteria în organism şi de a converti bolnavul la bacteriologie (microscopie şi cultură) negativă, constant pentru mai mulţi ani. Faza de atac a regimurilor recomandate de OMS durează 2 luni (3 luni la retratamente), iar faza de continuare durează de la 2 la 6 luni (în funcţie de forma bolii).
BCG	Bacilul Calmette-Guerin. Un vaccin viu împotriva tuberculozei derivat dintr-o tulpină atenuată de M.bovis, realizat de către doi medici francezi, Calmette şi Guerin.
Bacili	Bacterii lungi, în formă de baghetă.
Listă de control	O listă completă de articole care se verifică pe parcursul vizitelor în teritoriu la unităţile sanitare şi la laboratoare.
Rata de vindecare	Pentru scopurile acestui curs, rata de vindecare este definită drept procentajul tuturor bolnavilor înregistraţi cu tuberculoză pulmonară cu microscopie iniţială pozitivă a sputei, care şi-au încheiat tratamentul şi au 2 rezultate consecutive negative ale microscopiei sputei la 5 luni şi la sfârşitul tratamentului.

Scanned with OKEN Scanner

Date — Informaţii organizate pentru analiză sau folosite ca o bază pentru luarea unei decizii.

Abandon — Un pacient care nu şi-a mai ridicat medicaţia pe o perioadă mai lungă de 2 luni, dar care a devenit (sau a rămas) negativ la microscopie înainte de a-şi încheia tratamentul.

Registrul de tuberculoză — Registrul de înregistrări folosit pentru urmărirea bolnavilor de tuberculoză care primesc tratament într-un judeţ/dispensar.

Proba de spută matinală — O probă de spută pe care bolnavul o produce dimineaţa înainte de a pleca la unitatea sanitară.

Droguri antituberculoase esenţiale — Droguri folosite în tratamentul tuberculozei: izoniazidă (H), rifampicină (R), pirazinamidă (Z), etambutol (E), streptomicină (S) şi tioacetazonă (T).

Izoniazida — **Izoniazida** este cel mai larg folosit drog antituberculos. Se administrează în doză de 5mg/kc/zi până la 300 mg/zi, atât la adult, cât şi la copil; în administrare intermitentă, doza este de 10mg/kc, până la 600 mg, de trei ori pe săptămână. Izoniazida poate fi folosită în cursul sarcinii.

Rifampicina — **Rifampicina** este un drog foarte eficace, relativ netoxic şi este uşor de administrat. Doza zilnică pentru adulţi şi copii este de 10 mg/kc, până la 600mg, iar pentru administrarea intermitentă doza este aceeaşi. Rifampicina este excretată în urină, lacrimi, transpiraţie şi alte lichide biologice, colorându-le în portocaliu. Rifampicina poate fi folosită fără riscuri în cursul sarcinii.

Pirazinamida — **Pirazinamida** este cea mai activă în primele 2 (3) luni de tratament. Doza zilnică pentru copil şi adult este de 30mg/kc, până la doza maximă de 2000mg. În administrare intermitentă, doza este de 40mg/kc, atât pentru adult, cât şi pentru copil, cu o limită superioară de 2500 mg. Pirazinamida poate fi utilizată în cursul sarcinii.

Etambutolul — Folosirea iniţială a **etambutolului** este menită să prevină apariţia rezistenţei la alte droguri. Doza zilnică în primele 2 luni de chimioterapie este de 25mg/kc la adult şi copil; când drogul este administrat pentru mai mult de 2 luni, doza trebuie redusă la 15mg/kc/zi. În administrarea intermitentă, doza este de 30mg/kc. La copiii care sunt prea mici pentru evaluarea acuităţii vizuale şi pentru discriminarea cromatică verde-roşu (în general sub vârsta de 6 ani), etambutolul trebuie utilizat cu deosebită precauţie şi numai după considerarea unor alternative medicamentoase posibile.

Streptomicina — **Streptomicina** are un efect puternic asupra eliminării bacililor tuberculoşi din cavităţile din plămâni. Doza zilnică este de 20mg/kc la adult şi copil, până la un maxim de 1000 mg. Adulţii în vârstă de peste 50 de ani sau cei a căror greutate nu depăşeşte 50 kg nu trebuie să primească o doză mai mare de 750 mg. Doza pentru administrare intermitentă este aceeaşi.
Streptomicina NU trebuie folosită în timpul sarcinii.

Scanned with OKEN Scanner

Tioacetazona	**Tioacetazona** poate ajuta la prevenirea apariţiei rezistenţei la alte droguri, de exemplu la izoniazidă. Este ieftină, dar de folosinţă limitată. Este întotdeauna administrată împreună cu izoniazida, în doză de 2,5mg/kc la adult şi copil, până la doza maximă de 150mg. Nu au fost stabilite doze pentru administrare intermitentă. Tioacetazona NU trebuie folosită la persoanele cunoscute (sau suspectate) a fi infectate cu HIV. Rate inacceptabil de mari ale toxicităţii au fost raportate în ţările asiatice, deşi nici o diferenţă rasială clară în privinţa toleranţei nu a fost demonstrată.
Tuberculoza extrapulmonară	Este tuberculoza organelor, altele decât plămânii şi ganglionii hilari (de exemplu, tuberculoza pleurei, a ganglionilor limfatici periferici, abdominală, a tractului genito-urinar, a rinichilor, a pielii, a articulaţiilor şi oaselor, a meningelor). Pentru diagnostic este necesară o cultură micobacteriană pozitivă din produs prelevat din sediul extrapulmonar, sau dovezi histologice şi/sau clinice corespunzătoare unei tuberculoze active, precum şi decizia unui medic specialist de instituire a chimioterapiei antituberculoase.
Eşec (rezultat al tratamentului)	Pacientul a fost înregistrat ca una din următoarele categorii(rezultat al tratamentului): Categoria 1: bolnav pulmonar bK-pozitiv la microscopie, care a fost bK-pozitiv la microscopie şi la 5 luni sau peste; pulmonar bK(+) la microscopie care a fost pozitiv microscopic la ultima spută examinată şi a oprit tratamentul pentru mai mult de 2 luni înainte de luna a 5-a; Categoria 2: bolnavi pulmonari bK(+) la microscopie (retratament), cu tratament complet, dar care sunt tot bK(+) la sfârşitul tratamentului; bolnavi pulmonari bK(-), dar care au fost bK(+) la sfrâşitul a 2 luni de urmărire a examenului sputei.
Hemoptizie	Expectoraţia sângelui odată cu tusea.
Infecţia HIV	Infecţie cauzată de virusul imunodeficienţei umane. Virusul este transmis prin contact sexual, sânge şi produse din sânge, precum şi transplacentar sau perinatal de la mamă la făt, cauzând imunodeficienţă severă ce are ca rezultat infecţii oportuniste deseori cauzatoare ale morţii.
Incidenţă	Numărul cazurilor noi de boală apărute într-o populaţie definită, pe parcursul unei perioade specificate de timp (de obicei, un an).
Monitorizare	Acţiune de observaţie strictă sau control de rutină.
Mycobacterium	Numele genului de care aparţin Mycobacterium tuberculosis şi alte micobacterii (de exemplu, M.avium, M.kansasii).
Mycobacterium tuberculosis	Bacteria ce cauzează tuberculoza (deseori abreviată ca *M.tuberculosis*). M.bovis şi M.africanum constituie, împreună cu *M.tuberculosis*, complexul *M.tuberculosis*.
Caz nou	Un pacient care nu a mai luat niciodată tratament antituberculos sau care a luat droguri anti- tuberculoase timp de mai puţin de 1 lună.

Scanned with OKEN Scanner

Caz cu evoluţie nefavorabilă (în principal - cazurile de eşec)	Un pacient nou diagnosticat care este pozitiv în microscopie la 5 luni sau după; un pacient pozitiv în microscopie care şi-a întrerupt tratamentul pentru mai mult de 2 luni înainte de luna a 5-a şi este pozitiv în microscopie; un pacient iniţial negativ la microscopie care devine pozitiv la microscopie după 2 luni de tratament; un pacient grav bolnav diagnosticat cu tuberculoză activă numai pe bază clinică, fără ajutorul examenului radiologic al toracelui şi/sau examen al sputei.
Procentaj	O parte a unui întreg exprimat în sutimi. (Dacă *50%* este procentajul indivizilor care sunt masculi, atunci înseamnă că 50 din 100 sunt masculi).
Chimioterapia preventivă (Chimioprofilaxie)	Tratamentul persoanelor cu risc crescut de a dezvolta tuberculoză şi care nu au semne sau simptome clinice sau radiologice de tuberculoză activă, în scopul de a-i proteja de dezvoltarea bolii. Drogul folosit curent în chimioprofilaxie este izoniazida, în doză de 5mg/kc/zi, administrată pentru 6 -12 luni.
Prurit	Erupţie spontană localizată la nivelul pielii sau al mucoaselor, care este un semn funcţional comun. Este comun ca reacţie alergică la medicamente.
Tuberculoză pulmonară microscopic-negativă	Un pacient cu anomalii radiografice desemnate de către medicul specialist drept corespunzătoare unei tuberculoze pulmonare active, care are cel puţin 3 examene de spută negative şi pentru care specialistul decide tratament cu chimioterapie antituberculoasă.
Tuberculoză pulmonară microscopic-pozitivă	Un pacient cu cel puţin 2 probe pozitive la examenul microscopic pentru Bacili Acido-Alcoolo-Rezisteţi (BAAR), sau un pacient cu 1 probă de spută pozitivă pentru BAAR şi cu anomalii radiografice desemnate de către medicul specialist drept corespunzătoare unei tuberculoze pulmonare active.
Purpura	Extravazarea sângelui din capilarele pielii sau mucoaselor. Apare rareori ca o reacţie alergică la medicamente.
Readmis	Un pacient care a fost anterior tratat pentru tuberculoză şi considerat vindecat de către un medic specialist, dar în prezent este bK pozitiv în microscopie.
Stoc de rezervă	O cantitate suplimentară a stocului păstrat la nivel central, regional sau judeţean pentru a asigura tuturor pacienţilor primirea drogurilor prescrise pe întreaga durată a tratamentului.
Chimioterapia de scurtă durată	Chimioterapie bazată pe combinaţia a cel puţin trei droguri majore (izoniazidă, rifampicină şi pirazinamidă) date pentru 2 până la 3 luni în faza iniţială de atac a tratamentului şi urmată de combinaţia a cel puţin 2 droguri date pentru 2 până la 6 luni în timpul fazei de continuare a tratamentului.

Scanned with OKEN Scanner

Examinarea frotiului pentru bacili tuberculoşi	O tehnică de laborator pentru evidenţierea micobacteriilor la microscop.
Probă pe loc	O probă de spută care este colectată pe loc atunci când un pacient este suspectat de a avea tuberculoză. Proba este colectată sub supravegherea unui lucrător sanitar.
Probă de spută	Material expectorat prin tuse din căile respiratorii şi folosit pentru examen bacteriologic.
Tratament ambulatoriu supravegheat	Un pacient căruia îi sunt administrate drogurile pe parcursul fazei de atac a tratamentului sub supravegherea celei mai apropiate unităţi sanitare. (Faza de continuare a tratamentului este aproape întotdeauna realizată în ambulator).
Exerciţiu supravegheat	Antrenament pentru realizarea unei sarcini (de obicei într-o situaţie reală de lucru) în timp ce un supraveghetor urmăreşte atent îndeplinirea sarcinii.
Supraveghere	Procesul de ajutare în îmbunătăţirea realizărilor muncii cuiva.
Vizită de îndrumare şi control	O formă de a realiza supravegherea în care un îndrumător (cum ar fi Coordonatorul Judeţean pentru Tuberculoză) se deplasează la o unitate sanitară pentru observaţii şi discuţii cu personalul sanitar al unităţii şi cu pacienţii.
Toxicitate	Perturbări importante ale metabolismului uman produse de un anumit drog, care ar putea cauza alterări ireversibile sau ar primejdui viaţa pacientului şi care necesită intervenţie medicală imediată.
Transfer de la	Un pacient care a fost transferat în teritoriu de la alt teritoriu.
Transfer la	Un pacient care a fost transferat la alt district.
Tratament după "abandon"	Un pacient care îşi reia tratamentul după ce şi-a întrerupt tratamentul timp de mai mult de 2 luni şi a rămas sau a devenit microscopic-negativ.
Aprovizionare legată de tratament	Aprovizionare pentru tratamentul tuberculozei, de exemplu: seringi şi ace.
Bacilul tuberculos	Termen folosit deseori referindu-se la *Mycobacterium tuberculosis* (sau M.bovis sau M.africanum).
Tuberculoza	Reprezintă o boală infecţioasă cauzată de *M.tuberculosis* (sau - mai puţin frecvent - M.bovis sau M.africanum). Este caracterizată prin formarea de leziuni în orice ţesut al corpului, dar mai ales la plămâni.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE LA ADMINISTRAREA TRATAMENTULUI

Fiecare pacient care începe tratamentul pentru tuberculoză trebuie să aibă o **Fişă de tratament a tuberculozei**. Această fişă conţine informaţii despre pacient, cum ar fi:

- Tipul bolii.
- Regimul rescris.
- Cantitatea de medicamente ce trebuie administrată.
- Rezultatele examenelor de spută înaintea şi în timpul tratamentului.
- Medicamente administrate în timpul fazelor intensive şi de continuare a tratamentului.

Pacienţilor care pot fi trataţi ambulatoriu în timpul fazei intensive, li se vor administra medicamentele de la o unitate sanitară apropiată de casa lor. În timpul vizitelor de supraveghere la unităţile sanitare, medicul Dispensarului de Pneumoftiziologie va revedea Fişele de Tratament al Tuberculozei pentru a determina dacă aceşti pacienţi vin **regulat la unităţile sanitare pentru a-şi lua medicamentele**. Asiguraţi-vă că acei pacienţi care nu şi-au luat medicamentele sunt depistaţi.

Când pacienţii încep Faza de Continuare a Tratamentului, vor ridica medicamentele de la cea mai apropiată unitate de locuinţa lor. În timpul vizitelor de supraveghere la unităţile sanitare, se vor revedea Fişele de Tratament pentru a determina dacă aceşti pacienţi şi-au ridicat medicamentele la timp. Asiguraţi-vă că acei pacienţi care nu şi-au ridicat medicamentele au fost depistaţi.

Ca parte din responsabilităţile dumneavoastră în administrarea tratamentului, asiguraţi-vă că pacienţii cu microscopie pozitivă, care au un membru al familiei sub 6 ani sunt evaluaţi pentru tuberculoză şi primesc **tratament preventiv corespunzător**, dacă ei nu suferă de boală. Dacă aceştia au tuberculoză, asiguraţi-vă că ei primesc un tratament corespunzător.

ASIGURAREA ADMINISTRĂRII CORECTE A MEDICAMENTELOR

Periodic, vă uitaţi peste Fişa de Tratament al Tuberculozei să vedeţi ce medicamente trebuie administrate şi dacă cadrele medicale administrează corect medicamentele. Ei trebuie să le administreze în concordanţă cu cele scrise pe fişă şi să vadă dacă pacientul le-a înghiţit. După distribuţia medicamentelor la fiecare pacient, injecţiile cu Streptomicină trebuie făcute celor cu regim de tratament Categoria 1 şi 2 (excepţie femeile gravide). Administrând injecţiile **după** medicamente, ei se asigură că pacientul le-a înghiţit pe toate.

Dacă personalul medical nu le administrează corect, informaţi-l despre procedura corectă.

Deoarece este posibil ca asistentul medical să administreze tratamentul corect doar în prezenţa dvs., altă opţiune este de a vă întâlni cu pacientul între 4 ochi şi a decide dacă a primit corect numărul şi tipul de medicamente. Pentru a face aceasta, consultaţi Fişa de Tratament şi întrebaţi-l pe pacient cum primeşte medicamentele. Dacă nu puteţi afla răspunsul pacientului dacă asistentul medical le administrează corect, puneţi întrebări specifice pacientului ca:

- Câte medicamente primiţi?
- Cum arată?
- Când vi se dau?
- Trebuie să plătiţi pentru ele?
- Este cineva care nu primeşte medicamentele?

Este foarte important să vă asiguraţi că fiecare pacient primeşte numărul corect şi tipul de medicamente, în special în timpul Fazei Intensive de Tratament, când sputa pacientului trebuie convertită din bK pozitiv în bK negativ. Există multiple motive pentru care pacienţii nu pot primi numărul şi tipul de medicamente. Câteva din ele sunt:

- Cadrele medicale nu au supravegheat luarea medicamentelor zilnic.
- Cadrele medicale au uitat să dea pacienţilor toate tabletele sau le-au dat un număr greşit de tablete.
- Cadrele medicale au uitat să facă injecţia pacienţilor cărora li s-a prescris Streptomicină.
- Cadrele medicale au dat medicamentele pacienţilor preferaţi.
- Cadrele medicale i-au pus pe pacienţi să plătească medicamentele, iar cei fără bani nu au primit medicamentele prescrise.

Dacă descoperiţi nişte pacienţi cărora li s-au administrat incorect medicamentele, vorbiţi cu asistentul medical respectiv. Accentuaţi importanţa ca pacienţii să primească numărul şi tipul corect de medicamente în timpul Fazei Intensive ca să treacă de la bK pozitiv la bK negativ.

ADMINISTRAREA PREVENTIVĂ A CHIMIOTERAPIEI LA COPII

Deoarece tuberculoza este o boală infecţioasă, copiii care au membri de familie ce suferă de tuberculoză, pot să ia infecţia ce se poate dezvolta ulterior în tuberculoză. Unii pot dezvolta o formă de boală serioasă (meningită) şi pot să moară dacă nu sunt diagnosticaţi şi trataţi.

Programul Naţional de Tuberculoză, vrea să reducă numărul cazurilor de tuberculoză bK pozitiv şi cazurile de deces. Să reînceapă prevenirea îmbolnăvirii copiilor şi tinerilor pentru a nu contacta infecţia, depistând şi vindecând cazurile de tuberculoză pulmonară bK pozitiv.

Scanned with OKEN Scanner

La copii, tuberculoza este mai severă la cei sub 6 ani şi în mod special de la 0-3 ani. Asiguraţi-vă că toţi copiii sub 6 ani care au un membru al familiei cu tuberculoză bK pozitiv sunt depistaţi şi primesc un tratament sau chimioterapie preventivă (pacientului trebuie să i se spună că orice membru al familiei sale care a acuzat simptome ale tuberculozei, în special copiii, trebuie să fie examinaţi imediat la cel mai apropiat dispensar).

Copilul trebuie dus la spital pentru a fi depistate eventuale simptome de tuberculoză. Dacă prezintă aceste simptome, medicul îl va examina. Dacă medicul diagnostichează tuberculoza, va decide regimul de tratament în funcţie de localizarea bolii şi rezultatele examinării, indiferent dacă copilul a fost vaccinat BCG.

Dacă copilul **nu prezintă** simptome, va primi chimioterapie preventivă, dacă a fost vaccinat BCG. Aceasta constă în administrarea de INH zilnic în doze de 5 mg/kg.corp timp de 6 luni.

Dacă *testul la tuberculină este disponibil*, va fi efectuat după 3 luni de chimioprofilaxie preventivă cu INH.

- Dacă induraţia la IDR este egal sau mai mică de 9 mm. în diametru, chimioterapia preventivă este stopată şi copilul este vaccinat BCG (dacă nu a fost vaccinat anterior).
- Dacă induraţia la IDR are 10 mm. sau mai mult în diametru, continuaţi chimioprofilaxia preventivă cu INH alte 3 luni.

Folosiţi tabelul din pagina următoare pentru a hotărî cum procedaţi cu chimioprofilaxia la copiii sub 6 ani în contact cu un caz bK pozitiv.

<table>
<tr><th>DACĂ:</th><th>ŞI:</th><th colspan="2">ATUNCI:</th></tr>
<tr><td>Copilul nu prezintă simptome de tuberculoză</td><td>testul la tuberculină nu este disponibil</td><td colspan="2">copilul trebuie să primească chimioterapie preventivă timp de 6 luni (Izoniazidă zilnic)
în doze de 5 mg/kg.corp</td></tr>
<tr><td rowspan="4">Copilul nu prezintă simptome de tuberculoză</td><td rowspan="4">testul la tuberculină este disponibil</td><td colspan="2">copilul trebuie să primească chimioterapie preventivă cu Izoniazidă timp de 3 luni şi trebuie să i se efectueze testul la tuberculină</td></tr>
<tr><td>DACĂ:</td><td>ATUNCI:</td></tr>
<tr><td>Induraţia la testul la tuberculină este ≤ de 9 mm. în diametru,</td><td>opriţi chimioterapia preventivă şi vaccinaţi-l BCG (dacă nu a fost vaccinat anterior)</td></tr>
<tr><td>Induraţia la testul la tuberculină este ≥ de 10 mm. sau mai mult în diametru.</td><td>continuaţi chimioterapia preventivă cu Izoniazidă pentru încă 3 luni.</td></tr>
</table>

Pentru a vă asigura de administrarea corectă a chimioterapiei preventive la copii, întrebaţi pacienţii cu tuberculoză din spital dacă au copii sub 6 ani. Dacă au, întrebaţi-i dacă membrii mai tineri din familie au fost verificaţi de tuberculoză. Explicaţi-le cum pot să ia infecţia copiii, infecţie care se poate transforma mai târziu în tuberculoză. Asiguraţi-vă că aceşti copii au fost aduşi la spital pentru verificare (Rx).

Pentru pacienţii care iau tratamentul de la un dispensar arondat casei lor, asiguraţi-vă că asistenţii din acele dispensare explică pacienţilor importanţa de a preveni boala la copii expuşi la un caz bK pozitiv. Cadrele medicale trebuie să se asigure că aceşti copii sunt aduşi pentru verificare.

ASIGURAŢI-VĂ CĂ ASISTENŢII FOLOSESC SERINGI ŞI ACE STERILE

Asiguraţi-vă că asistenţii medicali folosesc ace şi seringi sterile. Când se administrează injecţiile cu Streptomicină în timpul fazei de tratament trebuie folosite ace şi seringi **zilnic,** pentru fiecare pacient. Cele *nesterile* pot transmite infecţii.

În regiunile unde infectarea cu HIV este prevalentă, o mare proporţie a pacienţilor cu tuberculoză sunt infectaţi cu HIV. Deoarece majoritatea pacienţilor cu tuberculoză primesc 60 de injecţii de Streptomicină, dacă acele şi seringile *nu* sunt corect sterilizate, riscul transmiterii infecţiei mortale cu HIV este crescut.

Cadrele medicale trebuie să cunoască de ce este importantă sterilizarea şi cum să sterilizeze instrumentele. Nu este responsabilitatea dvs. să-i învăţaţi procesul de sterilizare. Trebuie numai să vă asiguraţi că ei urmează regulile de bază ale sterilizării. Dacă apar neajunsuri la sterilizare, luaţi măsurile necesare.

Regula de sterilizare nr. 1:

Cadrul medical trebuie să folosească o seringă sterilă şi un ac steril pentru un pacient, pentru o singură injecţie.

Cadrul medical trebuie să cureţe instrumentele înainte de a le steriliza. Dacă nu, vaporii de apă nu omoară virusii şi bacteriile de pe ele. (Notă: Curăţarea poate expune asistentul la o înţepătură cu acul. Acele nu trebuie atinse cu mâinile).

Scanned with OKEN Scanner

Regula de sterilizare nr. 2:

Curăţaţi instrumentele înainte de a le steriliza.

Pentru sterilizarea instrumentelor, un cadru medical poate folosi un sterilizator cu aburi. El trebuie să folosească corect metoda.

Regula de sterilizare nr. 3: (**Notă**: La altitudini înalte, instrumentele trebuie sterilizate pentru o perioadă mai lungă de timp).

Când folosiţi un sterilizator cu abur, amintiţi-vă:

- Încălziţi instrumentele în abur timp de 15'.
- Nu acoperiţi instrumentele cu apă.
- Nu-l folosiţi pe foc deschis, de lemn (nu poate produce căldură suficientă).

Când folosiţi casoleta de fierbere, amintiţi-vă:

- Acoperiţi instrumentele cu apă.
- Fierbeţi instrumentele 20'.
- Păstraţi capacul pe casoletă tot timpul.
- Nu adăugaţi instrumentele după ce a început fierberea.
- Folosiţi instrumentele în următoarele 24 de ore.

După ce asistentul a sterilizat instrumentele trebuie să le păstreze într-un container acoperit, steril.

Regula de sterilizare nr. 4:

Păstraţi seringile şi acele sterile într-un container acoperit steril.

Pentru a preveni contaminarea, instrumentele sterile trebuie mânuite cu atenţie.

Regula de sterilizare nr. 5:

Folosiţi pense sterile pentru a scoate instrumentele sterile din containerul acoperit.

Când lucrătorul ţine seringa şi acul în mână, el trebuie să atingă numai anumite părţi ale instrumentelor. Dacă atinge părţile greşit ale seringii şi acului, poate injecta bacterii şi viruşi în pacient.

Regula de sterilizare nr. 6:

Când ţineţi în mână o seringă sterilă, atingeţi numai părţile sigure ale seringii:

- în afara cilindrului sau vârfului pistonului.

Când ţineţi un ac steril în mână, nu atingeţi niciodată:

- vârful metalic al acului sau axul acului.
- adaptorul pentru seringă.
- acul steril nu trebuie atins.

Pentru a păstra instrumentele sterile, lucrătorul trebuie să le pună pe suprafeţele sterile.

Regula de sterilizare nr. 7:

Puneţi seringile şi acele pe o tavă sterilă, dacă folosiţi un sterilizator cu abur.

Cadrul medical trebuie să-şi spele mâinile când vine în contact cu anumite fluide ale corpului sau cu material infectat.

Regula de sterilizare nr. 8:

Spălaţi-vă pe mâini când veniţi în contact cu anumite fluide ale corpului sau cu material infectat.

Medicul generalist trebuie să cunoască aceste reguli de sterilizare pentru a identifica şi corecta cadrele medicale care nu le respectă. Când un cadru medical nu foloseşte una din reguli, poate nu înţelege procedura corectă. În acest caz, trebuie explicate regulile de sterilizare cadrului medical. Reamintiţi asistenţilor că dacă pacienţii sunt infectaţi cu ace şi/sau seringi contaminate, ei pot dezvolta infecţii severe sau mortale, cum ar fi infecţia HIV.

MONITORIZAREA RIDICĂRII MEDICAMENTELOR

În timpul Fazei Intensive de Tratament pacientul este în spital sau primeşte tratament ambulatoriu zilnic supravegheat. În ambele cazuri, asistenta îi administrează pacientului medicamente tuberculostatice zilnic (**Nota**: Unitatea ambulatorie **nu** administrează de obicei medicamente în zilele de Duminică).

În timpul Fazei de Continuare a tratamentului aproape toţi pacienţii stau acasă îşi ridică medicamentele de la cel mai apropiat dispensar.

Asiguraţi-vă că pacienţii din Faza Intensivă cu tratament ambulatoriu şi pacienţii din Faza de Continuare vin la dispensar pentru a-şi ridica medicamentele în mod regulat.

În această parte a capitolului, veţi învăţa cum să monitorizaţi ridicarea şi administrarea medicamentelor. Veţi revizui Fişa de Tratament a pacientului pentru a decide dacă fiecărui pacient i s-a administrat sau a ridicat medicamentele la timp. Veţi învăţa, de asemenea, care sunt cerinţele când un pacient nu vine la dispensar să-şi ia medicamentele.

CUM FOLOSESC CADRELE SANITARE FIŞELE DE TRATAMENT PENTRU A ÎNREGISTRA RIDICAREA ŞI ADMINISTRAREA MEDICAMENTELOR

Este folosit un tabel pe partea din faţă a Fişei de Tratament pentru a indica în ce zile ale lunii (1-31) ia pacientul medicamentele în timpul Fazei Intensive. Asistentul bifează pătrăţica potrivită după ce pacientul ia medicamentele şi injecţiile cu Streptomicină (dacă este cazul) sub supraveghere.

Pe spatele Fişei de Tratament există un tabel ce indică momentul când pacientul ridică medicamentele în timpul Fazei de Continuare a Tratamentului. Cadrul sanitar înscrie un "x" în pătrăţica portivită pentru a indica ziua în care s-au ridicat medicamentele. Se trage o linie orizontală (------) pentru a arăta numărul de zile corespunzătoare cantităţii de medicamente date (în caz de autoadministrare).

Scanned with OKEN Scanner

Secţiunea **"Observaţii"** de pe Fişa de Tratament poate fi folosită de cadrul sanitar pentru a sugera motivul pentru care pacientul nu a venit să ridice medicamentul (de exemplu, pacientul s-a mutat în alt judeţ).

REVIZUIREA FIŞELOR DE TRATAMENT PENTRU PACIENŢII ~N FAZA DE CONTINUARE

Revizuiţi Fişele de Tratament al Tuberculozei pe verso, pentru pacienţii în Faza de Continuare a Tratamentului. Verificaţi dacă fiecare pacient a venit să-şi ridice medicamentele la timp. Dacă o pătrăţică de lângă luna de colectat medicamente este necompletată, decideţi dacă a trecut o **săptămână** de când pacientul trebuia să-şi ridice medicamentele. Dacă a întârziat o săptămână, uitaţi-vă la menţiunile de la secţiunea **"Observaţii"**. Ele pot sugera de ce pacientul nu şi-a ridicat medicamentele. Asistentul trebuie să urmărească pacientul dacă nu este nici o indicaţie pentru absenţa acestuia.

ASIGURAŢI-VĂ CĂ PERSONALUL SANITAR MONITORIZEAZĂ RIDICAREA MEDICAMENTELOR DE CĂTRE PACIENŢII ÎN FAZA DE CONTINUARE

Asistenţii trebuie, de asemenea, să monitorizeze ridicarea medicamentelor de către pacienţii aflaţi în Faza de Continuare. Ei bifează pe Fişele de Tratament după ce pacienţii şi-au ridicat medicamentele. Trebuie, de asemenea, să cunoască pacienţii care lipsesc sau întârzie la ridicarea medicamentelor.

După ridicarea medicamentelor, ei trebuie să treacă în revistă toate Fişele de Tratament şi să pună de-o parte pe acelea ale pacienţilor care nu au ridicat medicamentele la o săptămână de la data la care trebuiau ridicate şi să-i urmărească imediat pe aceştia pentru a-i aduce la tratament.

Adesea, pacienţii se simt mai bine după ce au luat un timp scurt medicamentele şi nu mai vin la tratament. Asiguraţi-vă că asistentele le explică pacienţilor care întrerup tratamentul, importanţa luării tuturor medicamentelor pentru întreaga perioadă a tratamentului. Trebuie să li se explice pericolul întreruperii tratamentului şi neluarea unor doze care scad şansele de a se vindeca.

EFECTELE SECUNDARE ALE MEDICAMENTELOR TUBERCULOSTATICE

Efectele seçundare ale medicamentelor tuberculostatice sunt de 2 tipuri:

1. ***Efecte secundare majore*** sunt acelea care dau probleme serioase de sănătate. În acest caz întreruperea tratamentului cu tuberculostatice este necesară şi pacientul trebuie raportat medicului.

2. ***Efecte secundare minore*** cauzează uneori un disconfort mic. Ele adesea răspund la un tratament simptomatic sau simplu, dar uneori apar ocazional pe durata tratamentului. În acest caz tratamentul tuberculostatic de regulă nu trebuie întrerupt.

IZONIAZIDĂ

Un efect secundar major - hepatita - apare la *0,5%* din cazuri. Dacă este suspectată hepatita şi se observă un icter, stopaţi tratamentul. Când hepatita se rezolvă, pacientul trebuie transferat la un spital pentru tratament în continuare.

Efectele minore secundare includ:

- semne de neurotoxicitate (parestezii şi dureri musculare în caz de nevrită periferică) sau confuzie; aceasta poate fi minimalizată prin administrarea de Vitamina B6 (5-10mg/zi, sau Vitamina B complex) în special la alcoolici, femei sau copii distrofici.
- sindromul pelagros
- diferite erupţii ale tegumentelor

RIFAMPICINA

Când se dă doza recomandată, aceasta nu cauzează efectele secundare în timpul administrării continue, zilnice.

Poate să apară hepatita, deşi rar. Alcoolismul, existenţa anterioară a unei boli hepatice sau administrarea simulată a altor agenţi hepatotoxici pot creşte riscul. Apariţia icterului necesită întreruperea tratamentului.

Pot apare efecte secundare neobişnuite, serioase:

- sindromul respirator - constând în dispnee asociată rar cu colaps sau şoc (aceste cazuri necesită spitalizare de urgenţă şi reanimare);
- purpura sau alte reacţii rare ca: anemia hemolitică, şoc sau blocaj renal. Dacă apar aceste simptome, RMP trebuie oprită imediat şi să nu mai fie administrat din nou. Spitalizarea imediată este obligatorie.

Reacţii minore:

- sindromul cutanat - prurit cu/sau fără rash, ce implică faţa şi scalpul, adesea cu înroşirea şi lăcrimarea ochilor.
- sindromul gripal constând în atacuri de febră, cefalee, mialgii severe.
- sindromul abdominal constând în durere şi greaţă uneori însoţite de vomă şi mai rar, diaree.

Sindromul cutanat e adesea autolimitat şi nu cere mai mult decât un tratament simptomatic. Sindromul gripal, de obicei mai blând, nu cere schimbarea tratamentului. Sindromul abdominal cere numai tratament simptomatic; schimbarea în timp a medicamentelor poate fi benefică.

Rifampicina poate să dea o colorafie roşie a urinii, feţei, salivei, sputei, lacrimilor şi transpiraţiei. Aceasta nu are consecinţe patologice, dar pacienţii trebuie preveniţi.

PIRAZINAMIDA

Cel mai serios efect secundar este hepatita.

Pot să apară dureri articulare şi atacuri ocazionale de gută datorită excreţiei diminuate şi acumulării de acid uric. Aceste simptome sunt tratate în mod obişnuit cu aspirină.

Pot fi observate reacţii de hipersensibilitate cum ar fi febra şi rashul.

Scanned with OKEN Scanner

THIACETAZONA

Reacţiile cutanate la pacienţii trataţi cu aceste medicamente pot fi mai serioase decât în cazul altor medicamente. Dermatitele exfoliative sau sindromul Steven Johnson pot să apară şi pot fi fatale. Sindromul Steven Johnson este un tip special de hipersensibilitate caracterizată prin erupţie buloasă generalizată, uneori hemoragică ce implică pielea şi mucoasele. Când aceasta se produce, medicaţia trebuie întreruptă imediat, şi nu mai trebuie reluată niciodată. Este indicat imediat un tratament cu corticosteroizi. Pacientul trebuie trimis imediat la un tratament intensiv în spital la reanimare. Reacţia cutanată la Thiacetazonă apare mai frecvent la pacienţii HIV pozitivi. Trebuie întreruptă medicaţia şi medicamentul nu mai trebuie administrat niciodată.

Agranulocitoza, se manifestă prin: paloare crescută, dureri în gât şi în gură, infecţii ale gingiei şi tendinţa de sângerare. Pacientul trebuie dus la spital pentru un examen complet hematologic şi tratament.

Foarte rar apar semne de neurotoxicitate, adică nevrite periferice şi/sau confuzii datorită INH. Se tratează cu Vitamina B6 (5-10mg/zi sau Vitamina B complex).

Un efect secundar minor este scăderea nivelului pe durata tratamentului (acesta revine la normal la terminarea tratamentului). Efecte secundare minore sunt cele gastrointestinale (greaţa, voma şi diareea). Simptomele, de obicei dispar dacă doza zilnică este împărţită şi se dă 1/2 dimineaţa şi 1/2 seara timp de o săptămână. Uneori se recomandă antiacide.

STREPTOMICINA

Principalul efect secundar toxic este afectarea nervului vestibular, riscul creşte cu doza şi vârsta (doza de 1g este redusă la 0,75g la persoanele ce cântăresc mai puţin de 50Kg şi la aceia care au 50 ani sau mai mult). Distrugerea nervului vestibular apare de obicei în primele 2 luni şi se manifestă prin zgomote în urechi şi ataxie. Situaţia este reversibilă dacă medicamentul este întrerupt sau doza redusă cu 0,25g. Dacă tratamentul continuă, afecţiunea vestibulară se poate înrăutăţi şi poate deveni permanentă (pierderea de echilibru şi surditate). Riscul este ridicat la pacienţii cu funcţie renală afectată.

Streptomicina nu se foloseşte la femei gravide. Ea poate traversa placenta şi poate să cauzeze lezarea nervului auditiv şi nefrotoxicitate la făt.

Ocazional apar reacţii de hipersensibilitate, cum ar fi apariţia de febră însoţită de cefalee, vărsături şi rash eritematos iritativ. Opriţi tratamentul (atât Streptomicina cât şi Thiacetazona) şi internaţi în spital pacientul.

Efecte secundare minore trecătoare, ca de exemplu, reacţia locală la locul injecţiei, amorţire în jurul gurii, furnicături, pot apăra imediat după injectare.Dacă reacţia crează probleme - şi nu apare frecvent - doza poate fi redusă cu 0,25g.

ETAMBUTOLUL

Etambutolul poate produce afectarea vederii - o scădere a acuităţii vizuale, înceţoşare a vederii şi discromatopsie pentru roşu, verde. În orice caz, toxicitatea oculară se pare că este dependentă de doză şi apare mai rar, dacă sunt administrate zilnic până la 25mg/kg şi 40mg/kg de 3 ori/săptămână.

Fiecare pacient care primeşte Etambutol, trebuie prevenit că în cazul apariţiei de simptome vizuale, trebuie să i se facă un control oftalmologic. Problemele vizuale se normalizează în câteva săptămâni de la întreruperea luării medicamenelor. Datorită riscului nedetectării toxicităţii oculare, Etambutolul nu se administrează copiilor sub 6 ani.

REGIMURI STANDARD DE CHIMIOTERAPIE INIŢIALĂ

Regimurile de chimioterapie iniţială adoptate în ţara noastră prin valorificarea experienţei proprii şi a recomandărilor internaţionale (OMS şi UICTMR) sunt redate în *Tabelul nr. 1.*

Regimul I (2 RHSZ + 4 HR) este indicat în formele intens contagioase de tuberculoză pulmonară (bK pozitive la examenul microscopic direct), în cele prezumptiv contagioase (microscopic BAAR negative dar cu imagini cavitare patente pe documentele radiologice) precum şi în toate localizările pulmonare sau extrapulmonare cu risc letal sau cu alură gravă.

În tuberculoza pulmonară, dacă examenul microscopic al sputei se menţine pozitiv la 2 luni de la începerea tratamentului, administrarea asociaţiei RHZS se prelungeşte încă o lună. În situaţii speciale detaliate în *Tabelul 2*, tratamentul se poate prelungi la 8 luni sau mai mult.

Regimul II (2 RHZ + 2-4 RH) se aplică tuturor celorlalte forme de tuberculoză pulmonară, formele necavitare negative la examenul microscopic direct şi extrapulmonare, prezumptiv paucibacilare. Confirmarea bacteriologică sau histopatologică justifică prelungirea tratamentului la 6 luni iar în condiţiile menţionate în *Tabelul 2* la 8 luni sau mai mult.

Regimuri de retratament. Bolnavii aflaţi la **primul retratament** (eşecuri şi recăderi ale chimioterapiei iniţiale, inclusiv recăderile tardive readmise în evidenţă) constituie un grup prioritar al cazurilor de insucces al chimioterapiei. Circa *80%* din bolnavii acestui grup sunt potenţiali recuperabili, prin aplicarea regimului 2 HRZSE/1 HRZS + 5 HRE (*vezi tabelul 2*) cu condiţia esenţială a asigurării aderenţei lor la tratament. O antibiogramă fiabilă este necesară înaintea oricărui retratament al tuberculozei pulmonare (vezi capitolul *"Examenul bacteriologic"*) în vederea adaptării regimului terapeutic la sensibilităţile restante ale germenilor. Se recomandă extinderea ariei intervenţiilor chirurgicale (colapsoterapie sau excreză) la bolnavii la care există indicaţie operatorie.

Scanned with OKEN Scanner

RITMUL ŞI CONDIŢIILE DE ADMINISTRARE ALE MEDICAMENTELOR

În condiţiile respectării unui dozaj corect şi al administrării efective a fiecărei doze pe întreaga durată recomandată, în principiu, oricare din cele 2 variante de administrare asigură eficacitatea scontată a tratamentului.

Ritmul zilnic care implică administrarea a minimum 6 zile consecutiv în fiecare săptămână de medicamente antituberculoase are avantajul unor doze mici, mai bine tolerate de pacienţi. Ritmul zilnic este recomandat în faza iniţială, intensivă, a tratamentului tuturor cazurilor (2 luni, respectiv 3 luni în caz de frotiu încă pozitiv la 2 luni şi în caz de reluări de tratament).

În faza de continuare (4 luni) se vor utiliza scheme terapeutice cu ritm de administrare de 3 ori pe săptămână. Faza de continuare poate fi prelungită până la 5-6 luni în situaţiile din *Tabelul 1* (la rubrica **Observaţii**).

În cursul spitalizării, tratamentul zilnic sau intermitent, implică administrarea sub directă observare a fiecărei doze prescrise. Ritmul de administrare 3/7 poate fi utilizată în chimioterapia de la început ambulatorie pentru cazurile de tuberculoză pulmonară necavitare negative la examenul microscopic direct şi extrapulmonare prezumptiv paucibacilare, cu obligaţia administrării dozelor sub directa observare.

Dozele terapeutice ale medicamentelor antituberculoase, identice la adult şi la copil sunt redate în *Tabelul 2.*

Tabel 1.

Regimuri de chimioterapie initială recomandate

Regim	Indicaţii	Observaţii
I **2RHZS + 4RH**	În tuberculoza pulmonară: - cazuri cu frotiul direct pozitiv - cazuri cu frotiul direct negativ, dar cu aspect cavitar patent, leziuni parenchimatoase extinse sau tuberculoză miliară În tuberculoza extrapulmonară: - cazuri cu prognostic sever prin localizare şi/sau evoluţie (meningite, pericardite, peritonite, localizări urogenitale etc.).	La cazurile cu frotiu încă pozitiv la 2 luni: 3RHZS + 3RH. În caz de tratament incomplet, întreruperi sau omisiuni de doze, persistenţa imaginilor cavitare sau condiţii morbide asociate (infecţii HIV/SIDA, diabet, silicoză etc.): 2RHZS + 6RH (în total 8 luni)
II **2RHZ + 2-4RH**	Restul formelor de tuberculoză pulmonară, pleureziile şi alte localizări extrapulmonare (în cele pulmonare: cu frotiu direct negativ şi extensie limitată a leziunilor).	La cazurile confirmate bacteriologic sau histopatologic: 2HRZ + 4RH (în total 6 luni). Prelungirea tratamentului la 6 luni sau mai mult poate fi decisă şi pe baza contextului radio-clinic, evoluţiei sub tratament şi condiţiilor aplicării tratamentului . *(vezi Regimul I)*

Notă: * La bolnavii aflaţi la primul retratament (recăderi şi eşecuri ale chimioterapiei iniţiale) este indicat regimul de 8 luni: 2HRZSE/1 HRZE + 5 HRE aplicat sub directă observare şi viguros urmărit bacteriologic. Regimul oferă mari şanse de recuperare cazurilor cu chimiosensibilitate păstrată şi celor cu rezistenţă la H sau R cu condiţia asigurării aderenţei bolnavilor la tratament.

* **H** = Hidrazidă, **R** = Rifampicină, **Z** = Pirazinamidă, **S** = Streptomicină, **E** = Etambutol

* Numărul trecut înaintea simbolurilor medicamentelor reprezintă numărul de luni.

Tabel 2.

Dozele terapeutice ale medicamentelor antituberculoase

Medicamente	Doze (mg/kgc)		Observaţii *Doze maxime*	
	6/7 - 7/7	*3/7*	*6/7*	*3/7*
H	**5**	**10**	**300mg**	**600mg**
R	**10**	**10**	**600mg**	**600mg**
Z	**30**	**40**	**2gr**	**2,5gr**
S	**20**	**20**	**1gr[1]**	**1gr[1]**
E	**25**	**30**	**1,5gr[1]**	**2gr[1]**

[1] Doza se reduce la *75%* la bătrâni şi renali

H = Hidrazidă, **R** = Rifampicină, **Z** = Pirazinamidă, **S** = Streptomicină, **E** = Etambutol

Dozele (mg/kgc) sunt aceleaşi în cazul adulţilor şi al copiilor

Scanned with OKEN Scanner

TB 01

FIŞA DE TRATAMENT AL TUBERCULOZEI

Numele _____ Nr. disp.TB _____

Adresa (completă) : _____ Unitate sanitară _____

Numele şi adresa persoanei-contact : _____

_____

Sex: M ☐ F ☐ Vârstă: _____ BCG: fără cicatrice ☐ cicatrice ☐ cicatrice dubioasă ☐

Clasificare afecţiune
Pulmonară ☐ Extrapulmonară ☐
Localizare _____

Tip pacient
Nou ☐ Readmis ☐
Transferat la ☐ Altele ☐
Trat.după abandon ☐ _____

I. FAZA INIŢIALĂ INTENSIVĂ - Regim şi doze :

Marcaţi caseta potrivită şi indicaţi numărul zilnic de tablete şi doza de S (grame)

CAT 1

Caz nou ☐
bK(+), sau
cazuri grave
bK(-), EP

☐☐☐☐
H R Z S(E)

CAT 2*

Retratament ☐

☐☐☐☐☐
H R Z E S

CAT 3**

Caz nou ☐
bk(-), EP

☐☐☐
H R Z

H: Isoniazidă R: Rifampicină Z: Pirazinamidă S: Streptomicină
E: Etambutol

Luna	Rezultate examinare spută							Greut. (kg)
	Lab.local			Lab.referinţă				
	Data	Frotiu	Nr.lab	Frotiu	Cult.	Sensibilitate Sens.	Res.	
0								
2								
5								
8								
10-12								

Marcaţi caseta potrivită, după administrarea medicamentelor:

Luna \ Ziua	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

* CAT 2 = regim III din Programul Naţional
** CAT 3 = regim II din Programul Naţional

Scanned with OKEN Scanner

II. FAZA DE CONTINUARE

Regim şi doze prescrise	CAT 1 Caz nou bK(+), sau cazuri grave bK(-), EP	CAT 2* Retratament bK(-), EP	CAT 3 ** Caz nou
Indicaţi numărul de tablete per doză	☐☐ de 3 ori /săpt. H R (4 luni)	☐☐☐ de 3 ori /săpt. H R E (5 luni.)	☐☐ de 3 ori/săpt. H R (3 luni)

Luna \ Ziua*	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31

Notati X în dreptul zilei în care s-a administrat medicaţie supravegheată sau când este prescrisă medicaţia. Medicaţia prescrisă pentru auto-administrare se notează cu o linie orizontală (-) in căsutele destinate zilelor pentru care s-a prescris medicaţia.

OBSERVAŢII: _____

* CAT 2 = regim III din Programul National
** CAT 3 = regim II din Programul National

Scanned with OKEN Scanner

ASIGURAREA IDENTIFICĂRII SUSPECȚILOR DE TUBERCULOZĂ

INTRODUCEREA ÎN ASIGURAREA IDENTIFICĂRII SUSPECȚILOR DE TUBERCULOZĂ

Tuberculoza este o boală contagioasă. Aceasta înseamnă că persoanele care trăiesc sau sunt în contact apropiat cu un pacient care are tuberculoză contagioasă (în particular, microscopic-pozitivă) pot face infecția. De aceea, este foarte important ca personalul medical să identifice, precoce în cursul bolii, suspecții care au simptome de tuberculoză și să asigure examinarea acestora.

O dată ce un lucrător sanitar suspicionează un pacient de a avea simptome de tuberculoză pulmonară, trebuie să se asigure de examinarea sputei pacientului. Dacă nu există containere care să asigure colectarea și transportul corespunzătoare ale probelor de spută la unitatea sanitară, lucrătorul sanitar trebuie să trimită pacientul la cea mai apropiată unitate care dispune de un laborator de microscopie, pentru a i se recolta și examina sputa. Când un suspect este foarte bolnav, lucrătorul sanitar trebuie să îl trimită la un spital. Personalul sanitar din spital va recolta sputa pacientului pentru examinare.

Sputa trebuie colectată corespunzător. Fiecare lucrător sanitar trebuie să fie special instruit pentru recoltarea probelor de spută. Dacă nu este colectată corespunzător și pacientul are tuberculoză microscopic-pozitivă, diagnosticul poate fi ratat și pacientul poate muri din cauza tuberculozei; sau, diagnosticul poate fi întârziat și starea pacientului se poate agrava. Mai mult, pacientul poate continua să transmită infecția. Lucrătorul sanitar trebuie să poată identifica corespunzător containerul pentru sputa care conține proba de spută a pacientului scriind numărul de identificare a probei pacientului pe container (și nu pe capac). Dacă containerele de spută trebuie transportate la un laborator de microscopie, lucrătorul sanitar trebuie să împacheteze cu grijă containerele, astfel încât acestea să nu se verse. De asemenea, lucrătorul sanitar trebuie să se asigure că probele de spută ajung la laboratorul de microscopie la momentul potrivit. Dacă este posibil, pacientul poate duce probele de spută direct la laboratorul de microscopie.

Odată ce lucrătorul sanitar a recoltat sputa unui pacient, îl va lăsa pe acesta să plece acasă și îi va cere acestuia să revină la data fixată pentru a lua rezultatele. Dacă pacientul este bolnav, lucrătorul sanitar îl va trimite la spital pentru a aștepta rezultatele.

În funcție de rezultatele examinării sputei pacientului există următoarele situații:

- Dacă există cel puțin 2 examene microscopice pozitive, pacientul este înscris pentru tratament.
- Dacă există numai un examen pozitiv al sputei (și 2 sunt negative), pacientul este trimis la un medic specialist care va efectua și alte investigații (de exemplu, radiologice).

Medicul specialist este cel care va hotărî dacă are sau nu tuberculoză, iar în cazul în care bolnavul are tuberculoză, medicul specialist va prescrie regimul terapeutic corespunzător.

- Dacă pacientul are 3 examene microscopice negative ale sputei și simptomatologia persistă, va fi trimis la un spital pentru investigații radiologice pentru a se putea aprecia dacă are tuberculoză activă sau nu.

Este responsabilitatea dumneavoastră să vă asigurați că lucrătorii sanitari :

- identifică corespunzător suspecții de tuberculoză
- recoltează și transportă în mod corespunzător probele de spută
- trimit pacienții pentru recoltarea sputei (unde este necesar) și
- trimit pacienții pentru diagnostic.

OBIECTIVE DE ÎNSUȘIT

Acest capitol descrie pașii necesari când identificați suspecții de tuberculoză. La sfârșitul acestui capitol veți fi capabili:

- Să vă asigurați că personalul sanitar din ambulatoriile spitalelor generale și din unitățile sanitare identifică corespunzător suspecții de tuberculoză (ST-1)
- Să vă asigurați că personalul sanitar recoltează și transportă probele de spută conform instrucțiunilor (ST-2).
- Să vă asigurați că personalul sanitar îndrumă pacienții pentru recoltarea sputei (acolo unde este nevoie) (ST-2).
- Să vă asigurați că personalul sanitar îndrumă pacienții pentru diagnostic (ST-2).

Informațiile, exemplele, aplicațiile și exercițiile din acest modul vă vor ajuta să vă asigurați că personalul sanitar identifică corespunzător suspecții dintr-un teritoriu.

EVALUAREA SUSPECȚILOR DE TUBERCULOZĂ

Tuberculoza afectează plămânii în peste *80%* din cazuri. Această boală este denumită *tuberculoză pulmonară*. La adult, tuberculoza pulmonară este deseori microscopic-pozitivă și, prin urmare, înalt contagioasă. Pentru a limita la minim distrugerea plămânului (plămânilor) datorată bacilului tuberculozei și pentru a limita răspândirea tuberculozei, asigurați-vă că personalul sanitar identifică corect suspecții de tuberculoză cât mai precoce posibil. De asemenea, asigurați-vă că personalul sanitar recoltează sputa numai de la acei pacienți care au **simptome** de tuberculoză pulmonară.

Tuberculoza extrapulmonară afectează diferite organe, ca ganglionii limfatici, oasele și articulațiile, tractul genito-urinar, meningitele și alte părți ale corpului. Deoarece diagnosticul acestor localizări este deseori dificil, stimulați personalul sanitar să trimită pacienții cu simptome de tuberculoză extrapulmonară la un medic specialist pentru diagnostic.

În acest capitol, veți învăța importanța identificării corecte a suspecților de tuberculoză, Veți învăța, de asemenea, *cum* să identificați suspecții de tuberculoză pulmonară și, într-o oarecare măsură, suspecții de tuberculoză extrapulmonară. Cu ajutorul acestor cunoștințe, veți fi capabili de a vă asigura că personalul sanitar identifică corect suspecții de tuberculoză.

Scanned with OKEN Scanner

CUM SE IDENTIFICĂ SUSPECŢII DE TUBERCULOZĂ

Persoanele cu tuberculoza pulmonară au anumite simptome. **Cel mai comun simptom al tuberculozei pulmonare este tusea persistentă timp de 3 săptămâni sau mai mult,** de obicei însoţită de expectoraţie. Tuturor persoanelor prezentând acest simptom trebuie să li se examineze sputa cât mai curând posibil.

Tusea persistentă timp de 3 săptămâni este de obicei însoţită de unul sau mai multe din simptomele următoare:

- scădere ponderală
- astenie
- febră
- transpiraţii nocturne
- dispnee
- anorexie
- hemoptizie

O persoană cu tuberculoză extrapulmonară poate avea simptome <u>generale</u>:

- scăderea ponderală
- febră
- transpiraţii nocturne

Alte simptome depind de organul afectat, de exemplu:

- tumefiere, ganglionii limfatici sunt afectaţi
- durere şi tumefiere când sunt afectate articulaţiile
- cefalee, febră, redoare a cefei şi toropeală în meningita tuberculoasă (de obicei la copil)

Dacă se suspectează tuberculoza extrapulmonară, pacientul trebuie trimis la spital şi diagnosticul va fi pus de medicul specialist.

O dată ce suspectul a fost depistat cu tuberculoză microscopic-pozitivă, personalul sanitar trebuie să spună bolnavului să ducă pe oricine a fost în contact apropiat cu el la cea mai apropiată unitate sanitară pentru examinare, dacă contactul prezintă orice simptom menţionat anterior.

Instruiţi personalul sanitar să identifice corect suspecţii de tuberculoză. Încercaţi să observaţi personalul sanitar în timp de discută cu pacienţii ce au simptome de tuberculoză; puteţi întreba personalul sanitar cum identifică suspecţii de tuberculoză. Dacă descoperiţi un lucrător sanitar care nu identifică corespunzător suspecţii de tuberculoză, explicaţi-i cum să îndeplinească corect această sarcină.

ÎNDRUMAREA SUSPECŢILOR DE TUBERCULOZĂ

Când se suspectează o tuberculoză pulmonară, trebuie recoltate şi examinate microscopic cel puţin 3 probe de spută. Dacă este posibil, probele trebuie să fie recoltate în decursul a 2 zile şi trimise la laboratorul de microscopie în decursul unei săptămâni.

Când unităţile sanitare nu au posibilităţi de recoltare şi transport al probelor de spută, pacientul trebuie să fie trimis la cea mai apropiată unitate sanitară ce are posibillitatea de recoltare a sputei sau la un laborator de microscopie.

După examinarea probelor de spută, rezultatele examinării sunt returnate la unitatea de tratament care a cerut examinarea. În funcţie de rezultate, pacienţii sunt acum trimişi pentru diagnostic sau examene suplimentare.

În cadrul acestui capitol veţi învăţa cum se recoltează şi se transportă probele de spută, cum se trimit suspecţii de tuberculoză pentru recoltarea sputei şi cum se trimit pacienţii pentru diagnostic sau examene suplimentare.

IMPORTANŢA IDENTIFICĂRII CORESPUNZĂTOARE A SUSPECŢILOR DE TUBERCULOZĂ

În cursul vizitelor de îndrumare şi control la unităţile sanitare şi la spitale (în mod particular în ambulatoriile acestora), medicul dispensarului de pneumoftiziologie şi coordonatorul judeţean vor explica personalului sanitar importanţa identificării corecte a suspecţilor de tuberculoză pulmonară şi extrapulmonară.

Identificarea suspecţilor de tuberculoză pulmonară trebuie făcută cât mai precoce posibil, pentru a preveni răspândirea bolii. Tuberculoza este răspândită de către bolnavii cu tuberculoză pulmonară microscopic-pozitivă. Aceşti bolnavi elimină bacili în aer prin strănut şi tuse. Contacţii bolnavilor microscopic-pozitivi pot fi infectaţi cu bacili tuberculoşi. În unele ţări infecţia poate apare prin ingestia laptelui nefiert provenit de la vaci infectate.

Dacă suspecţii de tuberculoză nu sunt identificaţi, o proporţie considerabilă de bolnavi cu tuberculoză pulmonară microscopic-pozitivă nu vor fi depistaţi. Aceşti bolnavi vor continua să răspândească infecţia şi, dacă nu vor fi diagnosticaţi 2/3 dintre aceştia vor deceda până în 2 ani.

Vor trebui examinate probe de spută de la orice pacient care tuşeşte timp de 3 săptămâni sau mai mult, mai ales când pacientul expectorează şi are alte simptone ce vor fi descrise în secţiunea următoare. Membrii familiilor care au fost în contact cu pacienţii microscopic-pozitivi şi care prezintă simptome de tuberculoză vor trebui trimişi la centrul de sănătate şi examinaţi atent.

Deşi pacienţii cu tuberculoză extrapulmonară nu răspândesc de obicei infecţia, ei vor trebui să primească tratament antituberculos pentru a se vindeca. Personalul sanitar din unităţile sanitare din periferie recunosc de obicei suspecţii de tuberculoză a ganglionilor periferici şi de tuberculoză osoasă. Aceşti suspecţi trebuie trimişi la medicul specialist pentru diagnostic.

Scanned with OKEN Scanner

INSTRUCȚIUNI PENTRU RECOLTAREA SPUTEI

Ori de câte ori e posibil, lucrătorul sanitar trebuie să recolteze 3 probe de spută de la un suspect de tuberculoză în decursul a 2 zile, urmând schema explicată în continuare:

Primul interviu cu pacientul

1. Sub supravegherea unui lucrător sanitar, o probă este recoltată pe loc atunci când un pacient este suspectat de a avea tuberculoză. Pacientul este instruit să își curețe fundul gâtului și să tușească. Aceasta este numită **probă "pe loc"** (produs extemporaneu).
2. Apoi se dă pacientului un container de spută cu numărul de identificare al produsului inscripționat pe suprafața externă a containerului (nu pe capac) pentru recoltarea unui produs dimineața devreme, înainte de a doua întâlnire cu lucrătorul sanitar. Aceasta se numește **"proba de dimineața devreme"** (*produsul matinal*). Pacientul trebuie instruit să scuipe în containerul pentru recoltare dimineața, imediat ce tușește și expectorează. Apoi, trebuie instruit cum să închidă recipientul. Fiecare pacient trebuie să aducă produsul cât mai curând. Când este posibil, pacientul trebuie să se întâlnească cu lucrătorul sanitar în ziua următoare.

Al doilea interviu cu pacientul

1. Pacientul revine cu *produsul matinal*
2. Supravegherea unui membru al personalului sanitar, se recoltează un al doilea produs extemporaneu.

Uneori este foarte dificil să se recolteze 3 produse. Totuși, trebuie făcute eforturi pentru a obține 3 produse. Când un pacient locuiește foarte departe, poate deveni necesară reținerea acestuia peste noapte la spital sau la rude locuind în apropiere.

Pentru a obține probe de spută bune și pentru a preveni contaminarea, personalul sanitar trebuie să îndeplinească unele sarcini:

- înainte de recoltarea sputei
- în timpul recoltării
- după recoltarea sputei

Următoarele pagini descriu aceste sarcini în detaliu.

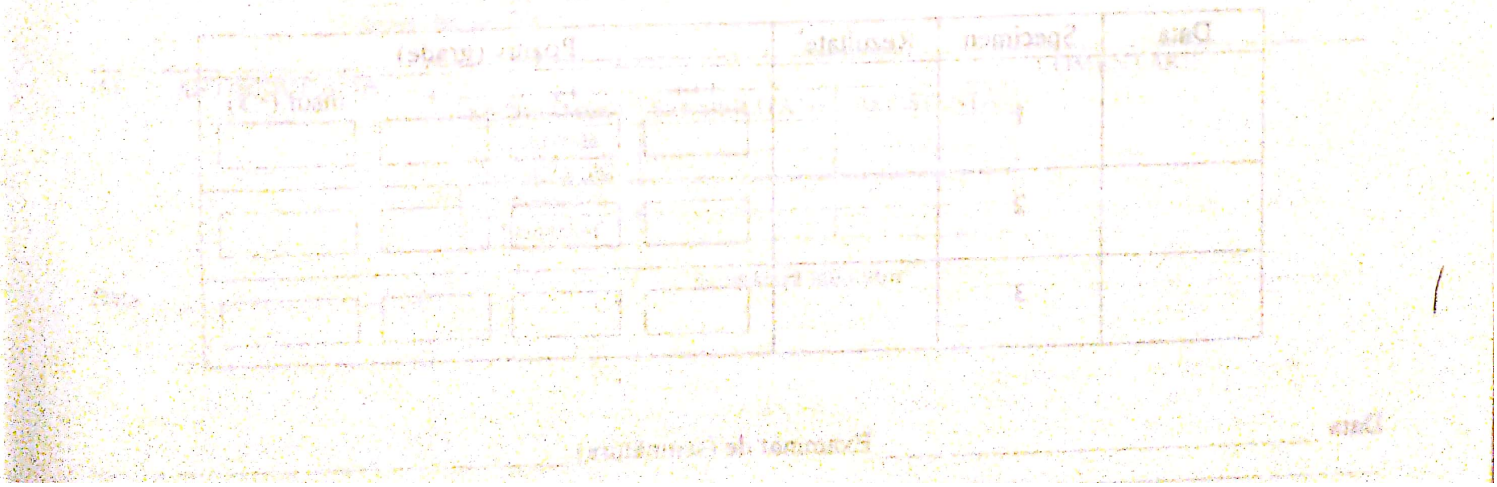
Sarcini îndeplinite *înaintea* recoltării sputei

Înaintea recoltării de spută, lucrătorul sanitar trebuie să explice pe scurt pacientului motivele recoltării sputei. Apoi trebuie să completeze integral un *formular tip pentru examenul sputei*. Acest formular va fi trimis laboratorului cu toate cele trei probe de spută ale pacientului este necesară completarea *unui singur formular* pentru toate cele 3 produse recoltate de la un pacient). Formularul este împachetat cu probele de spută ale pacientului când sunt transportate la laboratorul de microscopie pentru examinare.

Priviți la pagina următoare o copie a acestui formular tip.

Partea "*Rezultate*" localizată în jumătatea inferioară a acestui formular, este completată de către laboratorul de microscopie după examinarea sputelor. Până la 3 examene de spută pentru un pacient pot fi consemnate pe acest formular. Jumătatea superioară a acestui formular este completată de către lucrătorul sanitar care recoltează sputa pacientului.

Următoarele două pagini descriu ce se înregistrează pe formularul (buletinul) de analiză a sputei.



Scanned with OKEN Scanner

TB05

FORMULAR PENTRU LABORATORUL TBC
SOLICITARE/RAPORTARE
PENTRU EXAMEN SPUTĂ BK

Nume unitate de tratament _____ Data _____

Nume pacient : _____ Vârsta _____ Sex: M ☐ F ☐

Adresa completă : _____ Judeţ _____

Clasificarea afecţiunii: Pulmonară ☐ Extrapulmonară ☐ Localizare _____

Motiv examinare: Diagnostic ☐ Urmărire chimioterapie ☐

Număr identificare produs : _____ Unitate TBC aparţinătoare* _____

Data colectării produsului : _____ Semnătura celui ce face recoltarea _____

* Asiguraţi-vă că s-a notat unitatea TBC de care aparţine pacientul, pentru urmărirea chimioterapiei

---

REZULTATE (*Se vor completa în laborator*)

Laborator nr. _____

(a) Aspectul vizual al sputei :

Muco-purulentă ☐ /Spută hemoptoică ☐ / Salivă ☐

(b) Microscopie :

Data	Specimen	Rezultate*	Pozitiv (grade)			
			+++	++	+	insuf.(<3)
	1		☐	☐	☐	☐
	2		☐	☐	☐	☐
	3		☐	☐	☐	☐

Data _____ Examinat de (semnătura) _____

Scanned with OKEN Scanner

TB06

FORMULAR PENTRU SOLICITARE /RAPORTARE REZULTATE CULTURĂ / ANTIBIOGRAMĂ

(1) Nr. judeţ / Nr. Spital: _____

Nume pacient: _____

_____

(2) Pacient cu Regim de scurtă durată ☐

Regim de Retratament ☐

CHIMIOTERAPIE	De la data	Până la data
Izoniazidă	_____	_____
Streptomicină	_____	_____
Rifampicină	_____	_____
Etambutol	_____	_____

Data: _____ Nume medic: _____

Trimiteţi rezultatele la (adresa): _____

_____

(3) Specimen(e) spută la 0 luni ☐ A început tratamentul la _____

2 luni ☐

5 luni ☐

8 luni ☐ Data încheierii tratament _____

12 luni ☐

Data trimiterii ...../...../..... Data colectării...../...../.....

(4) NUMAI PENTRU LABORATOR

Nr. lab. _____

Examen direct: _____

Specimen	Rezultate*	Pozitiv (grade)				Cultura:
		+++	++	+	insuf.(<3)	
1		☐	☐	☐	☐	_____
2		☐	☐	☐	☐	
3		☐	☐	☐	☐	

* Scrieţi Neg. sau Poz.

(5) ANTIBIOGRAMA

MEDICAMENT	SENSIBILITATE	REZISTENŢĂ
Izoniazidă		
Streptomicină		
Rifampicină		
Etambutol		

COMENTARII:

Data: _____ Semnătură laborator: _____

Scanned with OKEN Scanner

Denumirea unităţii de tratament
Denumirea unităţii de tratament unde s-a recoltat sputa pacientului este înscrisă în spaţiul prevăzut.

Data
Se înscrie în spaţiul prevăzut (ca zi/lună/an).

Numele pacientului
Se înscrie numele întreg al pacientului în spaţiul prevăzut.

Vârsta
Se înscrie vârsta pacientului în spaţiul prevăzut.

Sexul
Se bifează litera **"M"** dacă pacientul este bărbat. Se bifează litera **"F"** dacă pacientul este femeie.

Adresa
Se înscrie adresa completă a pacientului în spaţiul prevăzut. Este foarte important să se scrie adresa completă a pacientului, astfel încât acesta să poată fi găsit în cazul în care nu se întoarce la laborator sau la ambulatoriul spitalului pentru rezultate.

Judet
Denumirea judeţului unde este localizată unitatea de tratament se înscrie în spaţiul prevăzut.

Clasificarea bolii
Se bifează **"Pulmonar"** dacă pacientul este suspect de tuberculoză pulmonară. Câteodată, **"Extrapulmonar"** se bifează dacă pacientul este suspectat de a avea tuberculoză extrapulmonară, iar localizarea se consemnează (de exemplu, puroi din ganglionii limfatici).

Motivul examenului
Se bifează **"Diagnostic"** dacă proba de spută a fost recoltată de la un suspect de tuberculoză. Se bifează caseta **"Urmărirea chimioterapiei"** când sputa este recoltată de la un pacient pentru urmărirea rezultatelor pe parcursul regimului terapeutic prescris. Luna examinării sputei (cum ar fi *"sfârşitul lunii a 2-a*) va fi consemnată lângă casetă.

Numărul de identificare al produsului
Probele de spută li se atribuie numere corespunzătoare, zilnic, astfel încât personalul sanitar să poată urmări rezultatele produselor bolnavilor. După completarea *buletinului de examinare a sputei*, acest număr este înscris pe exteriorul recipientului de spută al pacientului dacă o probă de spută este separată de *buletinul de examinare,* tehnicianul de laborator poate identifica apartenenţa acestuia cu ajutorul numărului de înregistrare al produsului de pe recipient. Poate identifica formularul folosind data şi numărul de identificare).

Numărul de înregistrare al pacientului (Numărul Fişei bolnavului)
Acest număr aparţine unui pacient aflat în urmărire, a cărei spută este examinată pe parcursul regimului terapeutic prescris, şi care se consemnează în spaţiul prevăzut. Totuşi **nu** se va completa acest număr pentru un bolnav simptomatic cu tuberculoză atâta timp cât nu a fost diagnosticat cu tuberculoză şi nu a fost înregistrat.

Data recoltării sputei
Data (zi/lună/an) în care s-a recoltat ultimul produs se consemnează în spaţiul prevăzut.

Semnătura celui care a efectuat recoltarea
Semnătura lucrătorului sanitar care a efectuat recoltarea de la pacientul suspect de tuberculoză sau de la pacientul în urmărirea chimioterapiei va fi trecută în spaţiul prevăzut.

Sarcini de îndeplinit în timpul recoltării sputei
Personalul sanitar trebuie să respecte instrucţiunile menţionate mai jos care explică cum se recoltează o probă de spută:

- O probă recoltată sub supravegherea unui lucrător sanitar este de aşteptat să fie mai bună decât o probă produsă de către pacient fără nici o îndrumare din partea lucrătorului sanitar.
- Pacientul trebuie să îşi clătească gura cu apă înainte de recoltarea sputei.
- Ori de câte ori este posibil, sputa trebuie recoltată în aer liber. Dacă acest lucru nu este posibil, recoltarea trebuie efectuată într-o încăpere goală, cu ferestrele deschise, care să fie posibilă numai în acest scop.
- Pacientul se simte de obicei mai confortabil dacă este separat de alţi pacienţi în timpul recoltării.
- Lucrătorul sanitar trebuie să arate pacientului cum să expectoreze. Pentru aceasta, trebuie să ceară pacientului să tuşească puternic.
- Lucrătorul sanitar trebuie să aibă grijă ca nimeni să nu stea în faţa pacientului care încearcă să expectoreze.
- Când un pacient a scuipat numai salivă sau nu a expectorat până la 3-5ml de spută, lucrătorul sanitar trebuie să ceară pacientului să tuşească repetat, până obţine o cantitate suficientă de spută.

Când exteriorul unui recipient este contaminat cu spută, lucrătorul sanitar trebuie să îl şteargă până la curăţire şi să distrugă materialul folosit la ştergerea containerului.

Sarcini de îndeplinit după recoltarea sputei
Personalul sanitar trebuie să urmeze instrucţiunule consemnate mai jos care explică ce sarcini trebuie îndeplinite **după** ce s-a efectuat recoltarea sputei:

1. Lucrătorul sanitar trebuie să aşeze capacul recipientului şi să îl închidă bine.
2. Dacă containerul va fi imediat trimis la laborator, lucrătorul sanitar trebuie să pună containerul într-o cutie specială pentru transport.
3. Dacă containerul de spută nu este imediat trimis la laborator, lucrătorul sanitar trebuie să depoziteze probele la frigider, dacă aceasta este posibil. Dacă nu este posibil frigiderul, probele trebuie depozitate într-un loc cât mai rece, cum ar fi într-un dulap. Acest loc de depozitare trebuie să fie folosit numai pentru depozitarea sputelor. Acesta trebuie să fie prevăzut cu încuietoare, astfel ca probele de spută să fie asigurate şi să nu constituie un risc.

Scanned with OKEN Scanner

4. Lucrătorul sanitar trebuie să își spele meticulos mâinile cu apă și săpun.

5. Lucrătorul sanitar trebuie să îi dea pacientului un nou recipient pentru spută și să se asigure că pacientul a înțeles faptul că trebuie să scuipe în recipient imediat ce tușește și expectorază dimineața, după care trebuie să se reântoarcă la centrul de sănătate. Lucrătorul trebuie să arate pacientului cum se închide în siguranță recipientul.

TRANSPORTUL PROBELOR DE SPUTĂ

Lucrătorul sanitar trebuie să se asigure că probele de spută sunt transportate cât mai curând posibil la laborator. Poate fi dificil să se asigure transportul produselor în decursul unei săptămâni. Dacă nu este posibil, atunci unii membri din familie trebuie să se ducă la cel mai apropiat laborator.

Probele de spută trebuie să fie examinate microscopic nu mai târziu de o săptămână de la recoltare. Și sputa primită la laborator după 1 săptămână trebuie, de asemenea, să fie examinată microscopic pentru că bacilii morți sunt vizibili pe lamă (însă aceștia nu vor crește pe tuburi).

Probele trebuie să fie împachetate cu grijă pentru transportul într-o cutie de transport. Un *formular (buletin) de analiză a sputei* trebuie să însoțească produsele unui pacient. Cu fiecare cutie de transport se trimite o listă de însoțire. Această listă de însoțire trebuie să identifice probele de spută conținute în cutie și conține datele pacienților cărora aparțin probele de spută recoltate. Atunci când lamele sunt trimise fixate, aceeași listă de însoțire trebuie completată.

Mai jos urmează un exemplu de listă de trimitere expediată de la centrul de sănătate către laborator. Laboratorul va completa lista și o va returna centrului de sănătate după examinarea probelor de spută.

Centrul de sănătate *Rula*	Trimis la: *11/4/92*		Laborator:		Primit la: Examinat la:	
Tehnician	Rezultate:		Microscopist:		Înapoiat la:	
Nr. Container spută	Nume și prenume	Vârsta	Sex	Adresa	Data colectării	Rezultate BAAR
24	*Lwrence Mugali*	27	*M*	*Sikola*	*9/4/92*	
25	*Malina Pukar*	*24*	*F*	*Rabali*	*9/4/92*	

Înaintea expedierii probelor de spută către laboratorul de microscopie, lucrătorul sanitar trebuie să verifice dacă în fiecare cutie de transport:

1. numărul total de recipiente corespunde cu numărul total trecut pe lista de trimitere de însoțire;
2. numărul de identificare al produsului de pe recipientul de spută corespunde cu numărul de identificare din lista de trimitere însoțitoare;
3. lista de trimitere însoțitoare conține datele necesare pentru fiecare pacient.

Apoi lucrătorul sanitar trebuie să scrie data de expediere pe lista de trimitere însoțitoare, să pună lista într-un plic pe care îl atașează pe exteriorul cutiei de transport al produsului și să închidă cu grijă cutia de transport.

După ce sputa este luată pentru examinare din recipiente, recipientele trebuie să fie distruse astfel: trebuie să fie puse într-un recipient încăpător umplut pe jumătate cu apă conținând desinfectant. Recipientul mare trebuie să fie acoperit cu capacul său și pus la fiert. Containerele de spută trebuie să fie fierte timp de 10 minute și apoi colectate pentru incinerare ulterioară.

TRIMITEREA SUSPECȚILOR DE TUBERCULOZĂ PENTRU RECOLTAREA SPUTEI

Așa cum s-a menționat anterior, tuturor pacienților suspectați de a avea tuberculoză pulmonară, trebuie să li se recolteze sputa pentru examinarea microscopică a acesteia. De obicei, personalul sanitar recoltează sputa unui pacient imediat ce acesta este suspect de a avea tuberculoză pulmonară. Totuși, unii lucrători sanitari lucrează în unitățile sanitare care nu au mijloace de transport pentru a expedia sputele la laborator sau nu dispun de materialele necesare pentru recoltarea și transportul sputelor. Este responsabilitatea personalului sanitar de a trimite suspecții de tuberculoză la cea mai apropiată unitate sanitară care dispune de facilități pentru recoltarea sputei sau la un laborator de microscopie. Dacă un bolnav de tuberculoză este foarte bolnav, lucrătorul sanitar trebuie să îl trimită la spital. Sputa pacientului va fi recoltată la spital.

TRIMITEREA PACIENȚILOR PENTRU DIAGNOSTIC SAU EXAMENE SUPLIMENTARE

Când unitatea de tratament primește completată jumătatea **"Rezultate"** a formularului (buletin) de examinare a sputei, lucrătorul sanitar trebuie să trimită pacientul la un medic specialist pentru diagnostic sau examene suplimentare, în funcție de rezultate.

Dacă cel puțin **2 probe de spută sunt microscopic-pozitive** pentru bacili acido-alcoolo-rezistenți (BAAR) pacientul este clasificat drept microscopic-pozitiv și i se va prescrie regimul terapeutic corespunzător în Registrul de Tuberculoză și i se va începe educația sanitară. Dacă acest pacient nu se mai prezintă la unitatea sanitară, lucrătorul sanitar este responsabil de urmărirea lui.

Dacă au fost examinate **2 probe de spută** și **1 probă este microscopic-pozitivă** pentru BAAR, pacientul trebuie găsit și trebuie să i se recolteze încă un produs pentru examinare. Dacă cel de-al 3-lea produs este pozitiv, pacientul va fi clasat drept microscopic-pozitiv. Va primi regimul terapeutic corespunzător. Va fi înregistrat în Registrul de Tuberculoză și i se va începe educația sanitară. Dacă al 3-lea produs este negativ, urmați instrucțiunile ce urmează.

Dacă **3 probe de spută** au fost examinate și **1 probă este microscopic-pozitivă** pentru BAAR, pacientul este investigat în continuare radiologic. Dacă leziunile constatate radiologic sunt considerate de către medicul specialist ca fiind evocatoare pentru tuberculoză pulmonară activă, pacientul va fi diagnosticat cu tuberculoză pulmonară microscopic-pozitivă

Scanned with OKEN Scanner

i se va prescrie regimul terapeutic corespunzător. Va fi înregistrat în Registrul de Tuberculoză şi i se va face educaţie sanitară. Dacă pacientul nu se prezintă, lucrătorul sanitar răspunde de urmărirea acestuia.

Dacă toate cele **3 probe de spută** sunt negative şi simptomele persistă şi se suspectează cu mare probabilitate tuberculoza, un examen radiologic se impune. Dacă leziunile constatate radiologic sunt evocatoare pentru tuberculoză şi există decizia medicului specialist de a începe chimioterapia antituberculoasă, atunci pacientul va fi diagnosticat ca având tuberculoză pulmonară microscopic-negativă. Pacientul i se va prescrie regimul terapeutic corespunzător. Va fi înregistrat în Registrul de Tuberculoză şi i se va începe educaţia sanitară.

REŢINEŢI URMĂTOARELE DESPRE IDENTIFICAREA SUSPECŢILOR DE TUBERCULOZĂ

- Personalul sanitar trebuie să identifice corect suspecţii de tuberculoză cât mai curând posibil pentru a limita răspândirea infecţiei.
- Asiguraţi-vă că personalul sanitar recoltează probe de spută de la toţi pacienţii care au simptome de tuberculoză pulmonară.
- Cel mai comun simptom al tuberculozei pulmonare este tusea persistentă timp de 3 săptămâni sau mai mult.
- Alte simptome ale tuberculozei pulmonare pot fi: scăderea ponderală, astenia, febra, transpiraţiile nocturne, durerea toracică, dispneea, anorexia şi hemoptizia.
- Ori de câte ori este posibil, un lucrător sanitar trebuie să recolteze 3 probe de spută în decursul a 2 zile de la un suspect de tuberculoză.
- Lucrătorul sanitar răspunde de trimiterea probelor de spută către laboratorul de microscopie cât mai curând posibil. Produsele să fie examinate microscopic nu mai târziu de o săptămână de la recoltare.
- Probele de spută trebuie să fie împachetate cu atenţie într-o cutie specială pentru transport.
- Dacă la nivelul unităţii sanitare nu există recipiente pentru colectarea sputei sau nu există posibilităţi corespunzătoare pentru transportul produselor recoltate, personalul sanitar trebuie să trimită pacientul la cea mai apropiată unitate sanitară care dispune de aceste facilităţi sau la cel mai apropiat laborator de microscopie pentru recoltarea sputei
- La primirea rezultatelor examenului de spută, lucrătorul sanitar trebuie să trimită pacientul la medicul specialist pentru diagnostic sau pentru examene suplimentare.

Scanned with OKEN Scanner

INTRODUCERE ÎN MONITORIZAREA TRATAMENTULUI

Orice bolnav de tuberculoză are o bună şansă de a se vindeca. Acest lucru este valabil chiar şi pentru cei trataţi anterior cu tuberculostatice dar care s-au pozitivat ulterior în microscopie sau au dezvoltat o tuberculoză extrapulmonară. Gândiţi-vă la cazurile din Registrul de Tuberculoză ca la participanţii la o cursă. Aşa cum priviţi participanţii la o cursă de alergare, la fel puteţi urmări progresul făcut de pacienţii până la final. Asta înseamnă că puteţi monitoriza tratamentul până la încheierea chimioterapiei şi vindecarea acestora.

Există două modalităţi de a monitoriza bolnavii de tuberculoză:

- Monitorizarea rezultatelor examenelor de spută la intervale regulate, pe toată durata tratamentului: la sfârşitul a 2 luni (sfârşitul lunii a 3-a, pentru retratamente), începutul lunii a 5-a (sfârşitul lunii a 5-a, pentru retratamente) şi la sfârşitul tratamentului (începutul ultimei luni de tratament).
- Monitorizarea ridicării medicamentelor de către bolnav pentru a ne asigura că acest lucru s-a făcut după programul stabilit (**Nota**:Pentru ţările care dispun de suficiente resurse, există şi alte metode de monitorizare a rezultatelor terapeutice, cum ar fi efectuarea culturilor şi a examenelor radiologice. Când este posibilă efectuarea culturilor, aceastea se vor efectua la începutul şi sfârşitul tratamentului. Pentru programele care dispun de resurse suficiente şi un laborator performant, se pot efectua ABG bolnavilor cu risc crescut de chimiorezistenţă. Controlul radiologic are o utilitate redusă în monitorizarea tratamentului. Când este posibil, se va efectua o radiografie la sfârşitul tratamentului pentru evaluarea radiologică din acest moment).

Cea mai bună metodă de **monitorizare a rezultatelor terapeutice ale bolnavilor pozitivi în microscopie** o constituie controlul negativării microscopice a sputei. Negativarea microscopică a sputei se obţine când bolnavul ia în mod regulat toată medicaţia prescrisă pe toată durata tratamentului. Examinarea frotiurilor de spută pentru surprinderea negativării este indicatorul cel mai bun al eficienţei chimioterapiei din faza de atac. După 2 luni de tratament, mai mult de *80%* din cazurile noi, pozitive în microscopie ar trebui să se negativeze, iar după 3 luni, procentul ar trebui să depăşească *90%*. Cazurile readmise cu microscopie pozitivă ar trebui să aibă cam aceeaşi rată de conversie cu a cazurilor noi. Alte cazuri de retratament cu microscopie pozitivă, ca de exemplu eşecurile cazurilor noi, pozitive în microscopie după 5 luni, ar trebui să aibe o rată a conversiei mai mare de *75%* după 3 luni de retratament.

Metoda pe care o veţi folosi pentru **monitorizarea unui bolnav pulmonar cu microscopie negativă,** va consta în controlul, din Fişa de Tratament, a ridicării medicaţiei de către acesta.

Observaţi dacă respectă datele exacte. Dacă este posibil, verificaţi şi datele referitoare la examenele clinice periodice. Frotiul efectuat înaintea începerii tratamentului ar putea fi interpretat, în mod eronat, ca fiind fals-negativ. De aceea, pentru evitarea unor posibile erori de diagnostic (considerarea eronată a bolnavilor ca fiind negativi în microscopie, cu deciderea începerii chimioterapiei corespunzătoare) frotiurile vor fi examinate la 2 luni.

Monitorizarea bolnavilor cu tuberculoză extrapulmonară constă în controlul regularităţii ridicării medicamentelor. Veţi proceda în acelaşi mod ca la bolnavii cu microscopie negativă. Bolnavii cu anumite forme de tuberculoză extrapulmonară (de exemplu: tuberculoză osoasă) trebuie văzuţi regulat de specialist.

Este foarte importantă existenţa unui Registru Teritorial de Tuberculoză în care se înregistrează corect toate cazurile de tuberculoză. El se află la cabinetul de pneumoftiziologie teritorial şi conţine examenele periodice ale sputei şi rezultatele pentru fiecare pacient. Astfel se poate aprecia progresul aplicării programului antituberculos în teritoriul respectiv, ceea ce presupune obţinerea unei rate de vindecare de cel puţin *85%*. O rată de vindecare de *85%* va determina o scădere a ratei de infecţie tuberculoasă şi a numărului de îmbolnăviri.

OBIECTIVE

Acest capitol descrie etapele care trebuie parcurse în monitorizarea rezultatelor examenelor de spută şi evaluării rezultatelor terapeutice. Parcurgând acest capitol veţi fi capabili să monitorizaţi regularitatea examenelor de spută pentru cazurile de tuberculoză pulmonară.

MONITORIZAREA REGULARITĂŢII EXAMENELOR DE SPUTĂ

Tuberculoza pulmonară cu **microscopie pozitivă** este foarte contagioasă. Aceşti bolnavi răspândesc, de obicei, bacilii tuberculoşi prin tuse sau strănut, transmiţând infecţia pe cale aeriană. Odată negativată sputa, bolnavul devine mai puţin contagios. Monitorizarea rezultatelor terapeutice prin urmărirea examenelor de spută pentru bK ne va indica dacă tratamentul a fost eficient, dacă transmiterea infecţiei a fost redusă. Pentru **bolnavii cu tuberculoză pulmonară pozitivi** în microscopie, examenul direct al sputei va fi efectuat regulat la începutul şi la sfârşitul tratamentului.

Uneori bolnavii iniţial negativi în microscopie se pot pozitiva ulterior deoarece nu-şi iau regulat tratamentul. O altă explicaţie ar putea fi o clasificare incorectă a bolnavului, ca fiind negativ în microscopie, la începutul tratamentului. De aceea, examenul direct al sputei pentru **bolnavii negativi în microscopie** va fi efectuat la sfârşitul fazei de atac, adică la sfârşitul lunii a 2-a. Acest lucru este necesar pentru a ne asigura că nu s-a pozitivat sau că nu a fost un caz fals-negativ la înregistrare. După efectuarea examenului de spută la 2 luni, bolnavul negativ în microscopie va fi urmărit prin examenul clinic şi prin controlul periodicităţii ridicării medicamentelor.

Este şi responsabilitatea dumneavoastră să va asiguraţi că examenele de spută au fost efectuate la datele stabilite pe durata tratamentului.

Fişele de tratament antituberculos trebuie revăzute cât mai repede posibil după ce pacientul a încheiat tratamentul şi perioada de urmărire (un an de la începerea tratamentului).

Scanned with OKEN Scanner

Fişele de tratament pentru Cazurile noi de tuberculoză microscopie-pozitive care nu s-au convertit în microscopie-negativă trebuie revizuite pentru a vedea rezultatele tratamentului. Rezultatele primelor 5 luni de tratament trebuie înregistrate după ce soseşte rezultatul examenului de spută .

Când găsiţi fişa incompletă întrebaţi personalul medical ce s-a întâmplat cu pacientul. Acest lucru îl puteţi realiza printr-o vizită de supervizare. De exemplu, dacă găsiţi o Fişă de Tratament cu graficul de administrare a medicamentelor incomplet pentru faza de continuare şi nu există la rubrica "Observaţii" trebuie să aflaţi dacă pacientul a decedat, a fost transferat din teritoriu sau nu a mai venit şi de ce. Dacă personalul nu ştie motivul asiguraţi-vă că ei urmăresc pacientul.

Trebuie făcut orice efort pentru a găsi pacienţii care nu au venit la tratament.

Dacă aveţi probleme în depistarea pacientului, colaboraţi cu toţi cei care vă pot ajuta în găsirea acestuia, inclusiv cu Coordonatorul Judeţean de Tuberculoză în încercarea de a obţine date.

APRECIEREA (EVALUAREA) REZULTATELOR TERAPEUTICE *

Există 6 categorii care pot apare în urma analizei fişelor de tratament; ele sunt înregistrateîn tabelul următor:

DACĂ PACIENTUL:	ATUNCI IDENTIFICAŢI REZULTATUL TRATAMENTULUI CA:
A fost înregistrat ca pulmonar pozitiv în microscopie, cu tratamentul încheiat *şi* a avut 2 rezultate negative în microscopie - la 5 luni şi la sfârşitul tratamentului,	Vindecat
A fost înregistrat ca pulmonar pozitiv în microscopie, cu tratamentul încheiat *dar* a avut numai 1 rezultat negativ în microscopie sau nici unul - la 5 luni sau mai mult,	Tratament încheiat
A fost înregistrat ca pulmonar negativ în microscopie sau extrapulmonar şi a luat medicaţia prescrisă,	
A decedat din orice cauză în timpul tratamentului	Decedat
A fost înregistrat în Categoria 1 pulmonar pozitiv în microscopie, pozitivat la 5 luni sau mai mult[1],	Eşec (microscopie pozitivă)
A fost înregistrat ca pulmonar pozitiv în microscopie, a fost pozitiv în microscopie la ultimul examen de spută şi a oprit tratamentul pentru mai mult de 2 luni înainte de luna a 5-a[1],	
A fost înregistrat în Categoria 2 pulmonar pozitiv în microscopie (retratament) cu tratamentul încheiat, *dar* a rămas pozitiv în microscopie şi la sfârşitul tratamentului,	
A fost înregistrat ca pulmonar negativ în microscopie, dar s-a pozitivat la examenul de spută după 2 luni de supraveghere[1],	
A fost *negativ în microscopie* la ultimul examen al sputei şi nu şi-a luat medicaţia mai mult de 2 luni,	Abandon (negativ în microscopie)
A fost transferat în alt teritoriu	Transferat

[1] **Notă:** Aceşti bolnavi se reînregistrează imediat în Categoria 2 şi se aplică regimul de retratament.

*Se face la nivelul dispensarului de pneumoftiziologie la 12-15 luni de la începerea tratamentului.

Scanned with OKEN Scanner

MONITORIZAREA BACTERIOLOGICĂ

În funcție de categoria de tratament se recomandă următorul ritm al investigației bacteriologice:

DACĂ PACIENTUL ESTE CLASIFICAT ÎN:	ATUNCI EXAMENUL SPUTEI SE VA FACE LA:
Categoria 1 - Cazuri noi cu microscopie pozitivă	• sfârşitul lunii a 2-a *(sfârşitul lunii a 3-a dacă frotiul a fost pozitiv la sfârşitul lunii a 2-a)* • începutul lunii a 5-a • sfârşitul tratamentului (începutul lunii a 6-a) • 10 luni de la începerea tratamentului
Categoria 1 - Cazuri grave cu microscopie negativă	• numai sfârşitul lunii a 2-a După 2 luni, monitorizarea se va face prin urmărirea datelor de prescriere a medicamentelor şi examenelor clinice.
Categoria 2 - Cazuri readmise	• sfârşitul lunii a 3-a *(sfârşitul lunii a 4-a dacă frotiul a fost pozitiv la sfârşitul lunii a 3-a)* • sfârşitul lunii a 5-a • sfârşitul tratamentului (începutul lunii a 8-a) • 10 luni de la începerea tratamentului
Categoria 3 - Cazuri pulmonare cu microscopie negativă (nu grave)	• numai sfârşitul lunii a 2-a După 2 luni, monitorizarea se va face prin urmărirea datelor de prescriere a medicamentelor şi examenelor clinice.

Scanned with OKEN Scanner